Vom Arzt und seinen Kranken

von Albert Krecke




22101808521



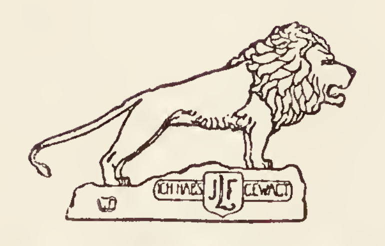
Foto: Wasow

Vom Arzt und seinen Kranken

Von

Albert Krecke

Dritte Auflage



J. F. Lehmanns Verlag / München

Druck von R. Oldenbourg, München und Berlin

Printed in Germany

Vorwort.

Dieses Buch ist viel mehr als der Niederschlag einer fünfundvierzigjährigen ärztlichen Erfahrung; es ist der schönste und reinste Ausdruck einer durch und durch ärztlichen Gesinnung. Schlichtheit, Selbstlosigkeit, Treue, unbeirrbare Güte und Liebe zu den Menschen — das waren die Eigenschaften, die neben einem unermüdlichen Pflichtgefühl und einer ungeheuren Arbeitskraft Albert Krecke zu dem Vorbild eines großen Arztes gemacht haben. Dieses hinterlassene Buch zeigt ihn seinen Freunden noch einmal so, wie er war; es wird aber auch denen etwas geben, die nicht das Glück gehabt haben, ihn persönlich zu kennen, die aber wissen möchten, wie ein wahrer Arzt aussehen muß.

Hätte Albert Krecke sein Werk noch selbst veröffentlichen dürfen, so hätte das Vorwort gelautet: Meiner lieben Frau zugeeignet. Jetzt, da er nicht mehr ist, gehört es allen, die aus innerster Überzeugung und aus tiefstem Gefühl Ärzte sind.

Im Oktober 1932.

OSWALD BUMKE.

Inhaltsverzeichnis.

---

[1]) Entnommen aus Nr. 16, 1931 der „Ärztlichen Rundschau", München.

Die Beliebtheit des Arztes.

„Wie komme ich zu einer einträglichen Praxis?" Das ist die Frage, die sich wohl jeder junge Kollege, der ins Leben hinaustritt, mit gutem Grund vorlegt. „Wie kommt nur der Dr. X. zu seiner großen Praxis?" So frägt mancher wenig beschäftigte Praktiker, wenn er sieht, daß zu dem Dr. X. die Kranken aus allen Ständen nur so hinströmen, während seine eigene Sprechstunde immer leer bleibt, obwohl er doch seine Vorbildung mit größtem Eifer betrieben hat und es an Fleiß und Hingabe an seinen Beruf gewiß nicht hat fehlen lassen.

Als Grundlage für eine erfolgreiche praktische Tätigkeit hat trotz aller hier und da vorkommenden anderen Erfahrungen stets eine umfassende wissenschaftliche Bildung zu gelten. Von allen großen Ärzten aller Zeiten wissen wir, wie unablässig sie an ihrer Ausbildung gearbeitet haben, und mit welchem Eifer sie sich auch bei der angestrengtesten praktischen Tätigkeit ihre Fortbildung haben angelegen sein lassen. Wer den schnellen Fortschritten seiner Kunst nicht nachgeht und wer sich nicht alle neuen therapeutischen Methoden zu eigen macht, kommt bald ins Hintertreffen und wird von der gewaltsam nachdrängenden Jugend schnell überholt. Unsere angesehenen Praktiker in Stadt und Land zeigen uns in vorbildlicher Weise, wie man trotz aller schweren Berufsarbeiten den Neuerungen seiner Wissenschaft zu folgen vermag, und wie Vortreff-

liches nahezu ein jeder auf einem ihm besonders gut liegenden Lieblingsgebiete zu leisten imstande ist.

Aber nicht jeder wissenschaftlich hochstehende Arzt hat es zu einer großen Praxis gebracht. Jedem von uns sind zahlreiche Beispiele von vortrefflich unterrichteten und menschlich ganz hervorragenden Ärzten bekannt, die nie einen besonderen Erfolg in der Praxis erreicht haben. Welches die Ursachen dieser Mißerfolge sind, läßt sich im einzelnen Falle nicht immer feststellen. Dem einen hat es an der Sicherheit des Auftretens gefehlt, dem anderen an Menschenkenntnis, dem Dritten an gewissen äußeren Formen, dem Vierten an der notwendigen Rücksichtnahme auf die Wünsche seiner Kranken. Manche sind wohl auch in ihren rein wissenschaftlich theoretischen Ideen so festgerannt, daß sie die Freude an des Lebens goldenem Baum verloren haben. In den früheren glücklicheren Zeiten erlebte man es manchmal, daß ein tüchtiger Arzt deswegen von den Kranken gemieden wurde, weil er im Besitz eines ungewöhnlich großen Vermögens war, ein Umstand, der heute kaum mehr in Betracht kommen wird.

Unvergeßlich bleibt mir immer das Beispiel eines hervorragenden Neurologen, der in seinem Fach ganz Außerordentliches leistete, literarisch unglaublich belesen war, zahlreiche wertvolle Monographien verfaßt hatte und doch eine einigermaßen große praktische Tätigkeit, die er sich sehr wünschte, nie erreichen konnte.

„Vergebens, daß Ihr ringsum wissenschaftlich schweift,
Ein jeder lernt nur, was er lernen kann;
Doch der den Augenblick ergreift,
Das ist der rechte Mann."

Soll der Ruf eines jungen Arztes eine feste Grundlage bekommen, so müssen zu seinen auf der

Universität und in der Assistentenzeit erworbenen wissenschaftlichen Kenntnissen auch bald erfolgreiche praktische Leistungen hinzukommen. Wer einer bekannten, bisher ohne Erfolg behandelten Persönlichkeit die Gesundheit wiederzugeben vermag, dessen Ruf breitet sich bald aus. Ein mir bekannter, sehr tüchtiger Kollege erzielte seinen ersten Erfolg damit, daß er die unklaren Beschwerden eines hochstehenden Herrn, der bisher ohne Besserung zu finden, von Arzt zu Arzt gewandert war, als durch eine hartnäckige Obstipation bedingt erkannte und diese entsprechend beseitigte.

In der Vorwassermannschen Zeit machte sich ein anderer Kollege dadurch schnell bekannt, daß er gegen eine jahrelang bestehende Ischias Jodkali verordnete und damit schlagartig die Neuralgie heilte.

Ein gewisser Mythus gesellt sich zu solchen Kuren leicht hinzu. Bei der bekannten Neigung des Publikums zu Übertreibungen wird aus der einfachen Bronchitis eine schwere Lungenentzündung und aus der leichten Angina eine Diphtherie in höchstem Grade.

Als ich 2 Monate nach meiner Niederlassung, völlig beschäftigungslos, den Freuden des jungen Praktikers nachdachte, bat mich einer meiner Freunde mit ihm gegen Erstattung der Fahrtkosten zu einer harmlosen ärztlichen Feststellung nach Ostende zu fahren. Unter welchen hochtönenden Formen bin ich später diesem „Konsilium in Ostende“ wieder begegnet, und welches fürstliche Honorar hat man mir dabei angedichtet.

Stellung und Titel sind für den, der sie erreicht hat, selbstverständlich eine gute Beihilfe zur Erwerbung einer guten Praxis. Ein Universitätsprofessor, ein Krankenhausoberarzt, ein Ratbetitelter hat vor seinen unbetitelten Kollegen stets einen gewissen Vorteil. Aber leider kommt man in den Besitz

dieser Beihilfen erst in höheren Semestern, wenn man die patientenlosen Jahre lange überwunden hat. Wir alle haben wohl in jungen Jahren zu den durch Amt und Stellung bevorzugten Kollegen mit einem gewissen Neid aufgesehen. Wenn man überlegt, daß sich nahezu alle diese Kollegen ihre Stellung und ihre Titel in langen arbeitsreichen Jahren erworben haben — man denke nur an die schwere Assistentenzeit —, so darf man ihnen ihre gehobene Stellung neidlos gönnen.

Nicht immer sind Ämter und Auszeichnungen die Vorbedingung für eine gute Praxis. Mancher hochbedeutende Internist, mancher bekannte Chirurg hat außer seiner amtlichen Krankenhaustätigkeit fast keine Privatpraxis gehabt; die meisten allerdings deswegen, weil sie sich nichts daraus gemacht haben.

Die alte Regel: „Ein guter Arzt muß ein guter Mensch sein" spielt für die Beliebtheit des Arztes die größte Rolle. Was der Arzt in wissenschaftlicher und praktischer Tätigkeit leistet, wie vielen Kranken er die Gesundheit wiedergegeben, wie vielen er die Schmerzen gemildert hat, das sieht der neue Kranke zunächst nicht. Was aber der Arzt an wertvollen Herzens- und Gefühlseigenschaften in sich hat, dafür hat der Kranke sofort eine gute Empfindung. Eine hohe Menschlichkeit muß den Arzt auszeichnen, damit er alsbald mit seinen Kranken die nötige seelische Fühlung gewinnt und zu ihm das für eine erfolgreiche ärztliche Tätigkeit erforderliche Vertrauensverhältnis herstellt. Wohlwollen, Güte, Aufopferungsfähigkeit, Selbstzucht, Verantwortungsgefühl, ständige Bereitschaft, ruhiger Ernst, gepaart mit einer frohen Heiterkeit, Verständnis für die seelischen Bedrückungen des Kranken, das sind die Grundbedin-

gungen, auf denen die Beliebtheit des jungen Arztes sich aufbaut. Erlernen lassen sich diese Grundlagen auch auf der besten Schule nicht. Man kann sie wohl pflegen und ausbauen, aber die erste Anlage dazu muß bei jedem Arzt vorhanden sein. Dann hat der Kranke bei der ersten Beratung mit dem neuen Arzt die Empfindung: hier steht dir ein guter Mensch gegenüber.

Das sichere Auftreten des Arztes im Verkehr mit den Kranken bildet sehr oft die Erklärung für den raschen Erfolg. Wer seiner Sache vollkommen sicher zu sein scheint, wer sofort die richtige Diagnose ohne Einschränkung zu stellen vermag und dementsprechend seinen Behandlungsplan aufstellt, der hat von vorneherein das Vertrauen des Kranken gewonnen und wird überall als vortrefflicher Mann gepriesen. Irgendein Zweifeln oder Zögern darf es bei dem richtigen Arzt nicht geben. Allen Fragen und Einwürfen des Kranken gegenüber muß er stets die richtige Antwort bereit haben. Auch die Spur jeder Unsicherheit muß sorgfältig vermieden werden.

Dem kritischen und gewissenhaften Arzte mag diese Einstellung oft schwerfallen, und es ist manchmal nicht leicht, die Wahrhaftigkeit mit der sicheren Haltung zu verbinden. Wieweit darf die Aufrichtigkeit des Arztes gehen? Das ist die große Frage, die jedem ernst denkenden Kollegen jeden Tag neue Skrupel bereitet und die zumal bei schwer zu deutenden Krankheitsfällen manche psychische Bedrückung hervorruft. Der Kranke will in seinem Arzt den restlos sicheren Helfer sehen. Zumal beim neu zu Rate gezogenen Arzt entscheidet der erste Eindruck. Jeder Zweifel, jede Ängstlichkeit wird den Eindruck verkleinern. Jede Äußerung der ruhigen Sicherheit, jede zielbewußte Handlung wird den Ein-

druck steigern. Wer zu einer derartigen angeborenen Sicherheit das schwerwiegende Vermögen einer glänzenden beruflichen Ausbildung mitbringt, der wird bald seinen Weg machen.

Aber wie oft steht der Arzt vor diagnostisch unklaren Krankheitsfällen. Wird sich der akute Fieberzustand eines Kindes zu Masern oder Scharlach auswachsen, oder wird er morgen glatt erledigt sein? Bedeutet eine plötzlich eintretende Bauchkolik eine Appendizitis oder einen ganz harmlosen Darmkatarrh? Sind unklare zerebrale Erscheinungen die ersten Symptome einer tuberkulösen Meningitis, oder sind sie durch ein Abführmittel schnell zu beseitigen? Die Zahl derartiger Lagen ist unendlich groß. Wer gleich bei der ersten Probe, unbeirrt durch alle inneren Zweifel, das Richtige zu treffen vermag, der hat für immer gewonnen und wird sich das dauernde Vertrauen sichern. Es tut seiner Ehrlichkeit keinen Eintrag, wenn er von seinen inneren Sorgen nichts merken läßt.

Ein mir gut bekannter, ausgezeichnet ausgebildeter, aber überängstlicher junger Kollege wurde im Anfang seiner Praxis zu einem Kinde gerufen, das unter unklaren Erscheinungen fieberhaft erkrankt war. Der Kollege konnte eine Diagnose nicht stellen. Er besprach mit den Eltern alle Möglichkeiten und wies vor allen Dingen darauf hin, daß es sich vielleicht um eine tuberkulöse Meningitis handeln könne. Am anderen Tage war das Kind vollkommen gesund. Der Kollege wurde in die Familie nicht wieder gerufen und hat infolge dieses Vorkommnisses seinen Ruf als Diagnostiker dauernd geschädigt.

Ein anderer Kollege wird in der Nacht zu einem Herrn gerufen, der schon mehrere Tage an unklaren Baucherscheinungen leidet. Er findet nichts Sicheres, diagnostiziert eine drohende Blinddarmentzündung, verordnet Rizinusöl und hat das Glück mit diesem Mittel die drohende schwere Erkrankung zu „kupieren“. Der wunderbare Erfolg wird in allen Bekannten- und Verwandtenkreisen herumerzählt. Des

Arztes Glück ist gemacht. Es ist um so mehr gemacht, wenn er mit Emphase auf seine gute Diagnose und auf seine Befähigung, einen solch schweren Fall im Entstehen bekämpfen zu können, hinweist.

Ein ganz ehrlicher Arzt würde in einem solchen Falle sagen: „Es handelt sich hier um einen ganz einfachen Fall von Verstopfung, Flatulenz, Darmgärung", und ohne viel Worte zu machen versichern, daß mit Hilfe eines einfachen Abführmittels die Störung morgen wieder vorüber sei. Aber manchen wird es in einem solchen Falle auch locken, die Einfachheit des Vorganges ein wenig auszuschmücken und von der drohenden Bauchfellentzündung oder von etwas Ähnlichem zu reden. Der Kranke erschrickt, die Familie ist aufgeregt, alles sieht voller Spannung dem nächsten Morgen entgegen. Am anderen Morgen hat das Wundermittel seine Schuldigkeit getan, die ganze Familie ist glücklich, und der ungewöhnlich tüchtige junge Arzt wird für alle schweren Krankheitsfälle angelegentlich empfohlen.

Ein Kollege muß schon sehr gefestigt sein, wenn er der Versuchung, in einem solchen Falle sein Ansehen in einfachster Weise zu steigern, widerstehen kann. Wie groß die Zahl der ganz Ehrlichen ist, kann ich nicht beurteilen. Daß sie in neuerer Zeit zugenommen hat, ist zweifelhaft.

Wir Alten loben natürlich die gute alte Zeit, und ich freue mich, einer großen Zahl von Kollegen begegnet zu sein, die völlig schlicht und sachlich, unbeirrt durch lockenden Ruhm, ihren Weg gegangen sind. Ich sehe ihn immer noch vor mir, den trefflichen Kollegen G., der der ängstlichen Frau Kommerzienrat, die ihres Darmes wegen in höchster Sorge war, nach gründlicher Untersuchung erklärte: „Bil-

den S' Eana nix ein, Eana fehlt nix, nehmen S' halt Ihr Rizinusöl; in 8 Tagen komm i wieder."

Man hat fast den Eindruck, als ob die Gegenbeispiele heute häufiger seien. Mit großem Selbstbewußtsein wird die Diagnose gestellt und die Art der Erkrankung als möglichst schwierig geschildert. Eine einfache Krankheit darf es kaum geben. Aus einer leichten Bronchitis wird eine bombige Lungenentzündung, aus harmlosen Blähungsbeschwerden werden schwerste Spasmen, aus einem leicht entzündeten Furunkel die bedenklichste Blutvergiftung. Das Schlichte und Einfache steht heute niedrig im Kurs. Die Krankheit muß immer schlimm sein. So will es der Patient, und so will es das Ansehen des Arztes. Einen glatten Knochenbruch will kein Kranker haben. Der Bruch muß kompliziert oder gesplittert sein. Eine Blinddarmentzündung ohne Verwachsungen bedeutet nichts. Je mehr Verwachsungen, desto besser. Zumal hochstehende Kranke müssen immer ganz besondere Krankheiten haben. Das Höchste hat sich jener viel beschäftigte Kollege geleistet, der die Verschlimmerung in dem Befinden eines bekannten Münchener Herrn durch eine Embolie im rechten Herzohr erklärte.

Dieser Kollege hatte eine glänzende, man kann nur sagen, Bombenpraxis. Begabt mit einer urwüchsigen Klugheit und mit einer auch die klügsten Leute überwältigenden Sicherheit, wußte er selbst in den schwierigsten Situationen das Rechte zu finden. Um eine Antwort nie verlegen, mit der Diagnose schnell bei der Hand, wußte er bei seinen Kranken — er war zumal in den höchsten Kreisen sehr geschätzt — das unbedingte Gefühl der vollkommenen Geborgenheit zu erwecken. Ich kannte seine Pfiffigkeit und Gewandtheit aus häufigen Zusammentreffen sehr gut und habe ihm oft erklärt: „Lieber Kollege X., wenn ich einmal sterben muß, dann möchte ich nur von Ihnen behandelt

sein. In meiner Sterbestunde werde ich dann, dank Ihres freundlichen Zuspruchs, fest überzeugt sein, daß ich am nächsten Tage mit Ihnen meine Genesung bei einer guten Flasche Burgunder feiern werde.“ Leider ist er vor mir aus dieser Welt geschieden, und ich darf mich seines freundlichen Geleites nicht erfreuen.

Für seine Unbeirrtheit ist folgende kleine Geschichte das beste Beispiel: als gerade ein anderer Kollege bei ihm in der Sommerfrische zu Besuch war, ließ eine Köchin aus der Nachbarschaft anfragen, ob der Herr Doktor nicht so freundlich sein wolle, ihr einen schmerzhaften Zahn auszuziehen. „Ja, warum denn net“, sagte der stets hilfsbereite Kollege, stand vom Mittagessen auf und ging sofort ans Werk. Nach einigen Sekunden ertönte ein markerschütternder Schrei, und bald darauf kam der Kollege mit strahlendem Gesicht an seinen Platz zurück. „No, hast D' den Zahn rausbracht?“ „Na, aber an andern hab' i rauszogen“.

Eine gewisse Zuversichtlichkeit ist bestimmt für den Erfolg des Arztes von großer Bedeutung. Sobald sie aber in Großmannsucht ausartet, ist sie von Übel. Wer nur von seinen guten Diagnosen, seinen neuen Heilverfahren, seinen vielen Wunderkuren zu erzählen weiß, der wird wohl bei einem nicht geringen Teil seiner Kranken Eindruck machen und bald großen Zulauf bekommen; auf den Namen eines guten und zuverlässigen Arztes hat er aber keinen Anspruch. Es bleibt darum auch nicht aus, daß solches Arzttum von der Mehrzahl der aufrichtigen und ihren graden Weg verfolgenden Ärzte abgelehnt wird.

Die Sicherheit des Auftretens ist in der Regel verbunden mit einer großen Geschicklichkeit, die Psyche der Kranken richtig zu erfassen. Es ist das ein Teil der allgemeinen Menschenkenntnis, welche für den guten Erfolg in der ärztlichen Praxis eine wichtige Voraussetzung bildet. Der eine Kranke will derb, der andere zart angefaßt sein, der eine will immer bemitleidet, der andere mit einem kräf-

tigen Wort aufgerichtet werden. Wie das im einzelnen zu handhaben ist, das läßt sich kaum in bestimmte Regeln fassen. Im allgemeinen kann man wohl sagen, daß man mit Vorsicht, Nachgiebigkeit und Höflichkeit weiterkommt, als mit Gewalt, Energie und Grobheit. Jeder muß selbst prüfen, mit welchem Verfahren er am besten zum Ziele kommt.

In meiner Assistentenzeit hatten wir an der Klinik einen jungen Kollegen, der bei den Kranken stets seinen Willen durchzusetzen versuchte und zumal bei empfindlichen Kranken gern ein aufmunterndes Wörtlein riskierte. ,,Jetzt stellen Sie sich mal nicht so an.“ ,,Wer wird denn gleich so empfindlich sein.“ ,,Sie benehmen sich ja wie ein kleines Kind“, waren wiederholt von ihm gehörte Aussprüche. In der Klinik befand sich damals eine ältliche Generalstochter mit einem ziemlich ,,labilen Nervensystem“, wie man heute sagen würde, und mit einer Neuralgie im linken Arm. Bei dieser Kranken hatte der Chef wohl in einer nicht ganz klaren Auffassung der Sachlage eine ganze Reihe von Nervenoperationen vorgenommen. Der Chef saß stundenlang an ihrem Bett, um sie zu trösten. Die Kranke wurde von der ganzen Klinik verwöhnt und verhätschelt und gefiel sich außerordentlich in der Rolle der armen Dulderin. Heute würde man das wohl ,,die Flucht in die Krankheit“ nennen. Sie lag andauernd zu Bett und war nicht zu bewegen, von selbst ein wenig Energie zur Kräftigung ihrer Psyche aufzubringen.

Da verreisten der Chef und der Oberarzt in die Ferien, und unser junger Kollege wurde mit der Vertretung auch bei dieser Kranken beauftragt. Am ersten Morgen seiner chefärztlichen Tätigkeit erschien er bei der Kranken mit folgender Ansprache: ,,Mein liebes Fräulein C., Sie sind jetzt lang genug in Ihrem Bett gelegen und haben Ihrer Krankheit viel zu viel nachgegeben. Heute stehen Sie auf, und Sie werden sehen, wie schnell Sie ihre Schmerzen verlieren und Ihre Krankheit überwinden werden.“ Diese neue ,,zuversichtliche“ Krankenbehandlung bewirkte leider das Gegenteil. Es gab eine große seelische Erregung mit allen möglichen Zuständen, mit Tränen und mit heftigster Verschlimmerung aller Beschwerden. Der Chef hatte nach

seiner Rückkehr lange zu tun, bis er die auseinandergeratene Psyche der Kranken wieder in Ordnung gebracht hatte.

Für den jungen Kollegen ist dies erste Erlebnis eine gute Lehre gewesen, und er hat gelernt, die Kräftigung der kranken Seele in anderer Weise zu betreiben, als durch grobes, unvermitteltes Zufassen.

Vorsichtige Einfühlung in das Wesen der Kranken, teilnehmendes Eingehen auf ihre Empfindungen und Beschwerden, verständnisvolles Bedauern bei schmerzlichen Bedrückungen, Anerkennung auch der kleinsten Äußerungen von dargetaner Energie und allmähliches Überleiten zur Mitarbeit bei der Krankheitsbekämpfung, das dürfte im allgemeinen der bessere Weg bei dem größten Teil unserer Kranken sein.

Dabei soll nicht geleugnet werden, daß gelegentlich auch eine kleine Dosis Grobheit recht heilsam sein kann. Aber der junge Arzt soll doch vor ihrer Anwendung gewarnt sein. Auf seiten eines beschäftigten Arztes kann sie oft Wunder wirken. In meiner Heimat hatten wir im Nachbardorfe einen sehr tüchtigen und erfahrenen Praktiker, der nur manchmal durch seine unglaubliche Grobheit die ihn aufsuchenden Kranken abstieß. Nach einiger Zeit kamen sie aber alle wieder. „Er ist zwar unheimlich grob, aber er versteht seine Sache besser als alle anderen, und darum will ich doch wieder zu ihm hingehen."

Dieser Typ des älteren, groben und dabei doch mitfühlenden Arztes wird heutzutage kaum mehr angetroffen. Man mag das in mancher Weise bedauern; in der Hauptsache kann man es nur begrüßen, daß die rustikale Urwüchsigkeit der früheren Zeit unseren neuzeitlich verfeinerten Lebensgewohnheiten gewichen ist. Eine gewisse Höflichkeit der Form steht jedem Arzt und zumal dem jüngeren gut an. Sie darf sich nur nicht in übergroße Höflichkeit aus-

wachsen und zu einer unangenehmen Willfährigkeit und Nachgiebigkeit gegenüber den Wünschen und Launen der Kranken ausarten.

In dem nicht genug zu empfehlenden Buch von *Scholz* lesen wir mit Vergnügen von einer Dame, die in ein Seebad zu gehen wünschte, und die, auf eine entsprechende Anregung, von ihrem Arzte prompt ein solches als sehr geeignet empfohlen bekam. Am andern Tag stand ihr Sinn nach einem Schweizer Hochgebirgsluftkurort und, ohne zu zögern, bezeichnete der Arzt einen Aufenthalt daselbst als vorzüglich passend. Und als sie am dritten Tage frug: „Ich meine, ich sollte doch lieber nach Baden-Baden gehen", kam die Antwort: „Dort werden gnädige Frau sicher Ihre Beschwerden in kürzester Zeit verlieren."

Erinnert diese würdelose Nachgiebigkeit nicht an den Dienst am Kunden in einem Modewarengeschäft, wo nacheinander rot, blau und grün für das neue Komplet der gnädigen Frau als einzig geeignet empfohlen wird.

Die Willfährigkeit, die in diesem einzelnen Falle vielleicht noch ein wenig komisch erscheint, wird für die ethische Stellung der Ärzteschaft dann zur wirklichen Gefahr, wenn sie einem großen Teile der Ärzte, man darf wohl ohne Übertreibung sagen, aufgezwungen wird.

Die unheimliche Ausbreitung, die die Versicherung weiter Volkskreise, auch der Bessergestellten, durch die Privatkrankenkassen gewonnen hat, hat leider dazu geführt, daß auf die Wünsche der Versicherten mehr und mehr Rücksicht genommen werden muß. Wer in der Verordnung von teuren Arzneien, kostspieligen Behandlungsarten große Zurückhaltung übt, hat im allgemeinen keine Aussicht, eine große Kassentätigkeit zu bekommen.

Wer es mit dem Begriff der Erwerbsunfähigkeit, mit der Anweisung von Sanatoriumsaufenthalten, mit

der Verordnung teurer Badekuren sehr genau nimmt, ist als ein strenger, den Wünschen der Versicherten unzugänglicher Arzt bald bekannt.

Ein lang verstorbener Knappschaftsarzt sagte mir oft: „Lieber Kollege, Sie haben mit Ihren Forderungen vollkommen recht, wenn Sie mir bei der Begutachtung sogenannter Unfallschäden große Strenge empfehlen. Wenn ich mich aber in meiner Praxis nicht völlig unmöglich machen will, so bin ich einfach gezwungen, den Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit in jedem Falle zu bejahen."

Man kann diese Verhältnisse bedauern; ändern kann man sie nicht. Wenn auch die große Mehrzahl von uns, mit *Kirschner* übereinstimmend, bei der Beurteilung der Versicherten unbedingte Objektivität fordert und überzeugt ist, daß jede übertriebene Nachgiebigkeit nicht nur das Volksvermögen schädigen, sondern auch die hohe ethische Stellung der Ärzteschaft mehr und mehr vernichten und die moralische Widerstandskraft der Versicherten zerstören muß, so können wir es doch wohl verstehen, wenn der Arzt sich den Wünschen der Versicherten gegenüber mehr als geboten willfährig zeigt, aus Sorge, daß er im andern Falle seine Beliebtheit bei den Versicherten schädigen könne.

Man kann nur wünschen, daß bei aller Höflichkeit und bei allem Entgegenkommen, die der Arzt im Verkehr zeigen soll, ihm auch eine gewisse Nakkensteifigkeit gegenüber allen unberechtigten und unbegründeten Wünschen erhalten bleibe! In der Privatpraxis wie in der Versicherungspraxis: in kleinen Dingen nachgiebig, in großen Dingen rücksichtslos unnachgiebig! Ich hörte von einem bekannten Kollegen, daß er eine sehr empfindsame Dame nach Wildbad geschickt hatte. Nach 8 Tagen war

sie wieder da und behauptete, die Wildbader Bäder nicht vertragen zu können. Genaue Untersuchung. „Meine liebe Frau H., Wildbad ist für Sie das einzig richtige Bad. Sie müssen nur eine kleine Abänderung der Badezeiten und der Bäderdauer eintreten lassen, und Sie werden über den wunderbaren Erfolg staunen.“ Die Kranke reiste sofort wieder nach Wildbad. Die Voraussage des Arztes trat ein, die Kur hatte einen großartigen Erfolg auch in der Weise, daß sich das Vertrauen der Dame zu ihrem Arzte dauernd festigte.

Eine richtige Hochachtung vor seinem Arzte hat der Kranke nur dann, wenn er sich einem festen Willen gegenüber sieht. Bei den kleinen Zwischenfällen des Lebens kann man ja mit sich reden lassen, der Kluge soll aber auch hier bei aller Suavitas die Fortitudo nicht vernachlässigen. In wirklich ernsten Lagen gibt es nur einen Willen, denjenigen des Arztes, und je sicherer man sich in der Durchführung des als richtig erkannten Behandlungsplanes zeigt, um so mehr wird das Zutrauen zu dem klugen und energischen Arzt wachsen. Die für jeden, auch den energischen Arzt notwendige Herzensgüte muß dabei aus allen seinen Maßnahmen hervorleuchten.

Daß neben den inneren Eigenschaften des Gemütes und des Könnens auch gewisse Äußerlichkeiten der Form für den Arzt von Bedeutung sind, ist zweifellos. Ein verkehrsgewandter Arzt mit tadellosen Manieren, ein gut gekleideter Arzt wird die Mehrzahl der Kranken immer mehr für sich einnehmen als einer mit den gegenteiligen Eigenschaften. Zumal für die Mehrzahl unserer weiblichen Kranken ist der erste äußere Eindruck oft entscheidend. Und da der Ruf des Arztes in erster Linie

durch die Frauen weitergetragen wird, so soll man diesem Punkte schon eine besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Von einem nun auch schon verstorbenen, sehr beliebten Gynäkologen geht die Sage, daß er nach eingehender Beratung und liebenswürdiger Verabschiedung der Kranken zum Schluß noch, wie es hieß, ganz ergriffen, sagte: „Und nun noch eines, meine sehr verehrte gnädige Frau, bei welchem Schneider lassen Sie arbeiten?"

Eine günstig gelegene, mit Geschmack eingerichtete Wohnung wird wenigstens in den sogenannten besseren Kreisen, die heute leider immer seltener werden, stets von einer gewissen Bedeutung sein. Ein junger Arzt muß, mag er allgemeiner Praktiker oder mag er Facharzt sein, im Anfang seiner Tätigkeit so wohnen, daß er in seiner Sprechstunde gut erreichbar ist. Wer an der Peripherie wohnt, wird in der Sprechstunde nur dann aufgesucht werden, wenn er schon einen gewissen Namen hat. Für die Besuchspraxis ist heute, wo das Auto alle Entfernungen schnell überwindet, die Lage der Wohnung nicht von Bedeutung.

Der Besitz eines Autos ist für den Allgemeinpraktiker fast unerläßlich geworden, sowohl in der Stadt wie auf dem Lande. Bei eiligen Fällen — und welche Fälle sind heute nicht eilig? — hat immer derjenige den Vorteil, der schnell zur Stelle ist. Die Anschaffung eines Wagens ist heute so erleichtert, daß man die Mehrausgabe nicht sehr in Erwägung zu ziehen braucht. Kann der Arzt sich einen besonders schönen Wagen leisten, um so besser. Ein schöner Wagen wird seinen Eindruck auf die Klientel nie verfehlen. „Welch große Praxis muß unser Arzt haben, da er sich einen solch wunderbaren Wagen halten kann!"

Wie soll es mit der Häufigkeit der ärztlichen Besuche gehalten werden? Diese Frage ist in unserer Zeit ziemlich gegenstandslos geworden, nachdem die Privatpraxis mehr und mehr verlorengegangen ist, und nachdem die spärlichen Reste der Privatkranken dem Arzte gewöhnlich schon von selbst sagen, wann er wieder kommen soll. In der Kassenpraxis hängt die Häufigkeit der Besuche vom Gutdünken des Arztes ab. Daß diese Häufigkeit nicht allzu groß wird, dafür ist durch die kassenärztlichen Bestimmungen in genügender Weise vorgesorgt.

Für die wenigen Gelegenheiten, bei denen noch ein wohlhabender Privatkranker zu behandeln ist, soll sich der junge Arzt recht eingehend überlegen, wie häufig er seine Besuche machen soll. In den früheren, glücklichen Zeiten, als zwischen Arzt und Kranken ein langjähriges Vertrauensverhältnis herrschte, war es selbstverständlich, daß der Arzt es mit seinen Besuchen stets so einrichtete, wie es ihm notwendig erschien. Nur selten ereignete es sich, daß der Kranke sagte: „Herr Doktor, jetzt brauchen Sie wohl nicht mehr zu kommen." In der Mehrzahl der Fälle wurde der Besuch des Arztes gern gesehen, und wenn er dreimal im Tage kam, so wurde dadurch nur ein Gefühl der Zufriedenheit über die Sorgsamkeit des Arztes ausgelöst.

Heute dürfte es im allgemeinen zweckmäßig sein, daß der junge Arzt die Zahl seiner Besuche nicht zu groß bemißt; auch in den allerbesten Kreisen herrscht ein großer Drang zur Sparsamkeit, und man darf am besten den Rat dahin geben: lieber zu wenig Besuche machen als zu viel. Im Zweifelsfalle ist's am einfachsten, offen zu fragen: „Ist es Ihnen lieber, daß ich noch einmal komme, oder wollen Sie mich benachrichtigen, sobald Sie mich wünschen?" Man darf

wohl sicher sein, daß zu wenig Besuche die Beliebtheit des Arztes nicht schädigen; wohl aber das Gegenteil.

In der Lebensführung kann man jedem Praktiker nur zu weiser Mäßigung raten, zumal in Baccho und in Venere. Die Zeiten, in denen ein trinkfester Arzt als besonders tüchtig und zuverlässig eingeschätzt wurde, dürften wohl endgültig dahin sein. In der guten alten Zeit wurde es gelegentlich dem Arzte als Vorzug angerechnet, wenn er inter pocula seinen Mann zu stellen wußte. Ich weiß von einem tüchtigen Landarzt, der ganze Nächte im Wirtshaus verbrachte und zum Schluß fast immer völlig betrunken war; die Dorfbewohner waren darüber gar nicht ungehalten und waren sogar ganz zufrieden, da sie stets wußten, wo sie ihn finden konnten. Von manchem Chirurgen erzählte man, daß er dann die besten operativen Leistungen aufweise, wenn er über eine entsprechende alkoholische Unterlage verfüge. Die meisten derartigen Erzählungen dürften wohl in das Gebiet der Sage zu verweisen sein. Ein moderner Chirurg kann sich einen solchen Luxus nicht mehr leisten.

Dem Alter des Arztes ist zweifellos vielfach eine gewisse Bedeutung bei der Beurteilung seitens des Publikums zugeschrieben worden. Im allgemeinen wird der junge Kollege den Vorzug haben, wie zum Troste für die jungen Kollegen festgestellt werden darf. Wer frisch von der Universität oder gar aus einer großen Klinik kommt, hat immer den Vorzug, daß er als der besser Ausgebildete und mit den neuesten Erkennungs- und Behandlungsmethoden Ausgerüstete angesehen wird. Außerdem ist er, zumal für den weiblichen Teil der Klientel, netter anzusehen als der Ältere, dem schon die Jahre viel

von dem schönen Äußeren genommen haben. Der Ältere hat demgegenüber den Vorteil, daß ihm die größere Erfahrung zugeschrieben wird, die zumal bei dem intelligenten Teil der Bevölkerung auch heute noch einigermaßen eingeschätzt wird. Aber auch der ältere Arzt muß immer Beweise dafür liefern, daß er in wissenschaftlicher Beziehung stets auf der Höhe geblieben ist und zumal in den Behandlungsmethoden (Arzneimittel!) immer „das Neueste" hat. Auch der Ältere soll auf seinen guten Namen nicht sündigen. Er muß sich jedes neuen Kranken genau so annehmen wie in seinen jungen Jahren und darf sich vor allen Dingen nicht gelangweilt oder eilig zeigen. Mir ist ein sehr bekannter Internist in Erinnerung, der seine große Konsiliarpraxis dadurch verlor, daß er seinen Kranken nicht mehr die nötige Aufmerksamkeit widmete.

Gesellschaftliche und verwandtschaftliche Beziehungen sind für das Bekanntwerden des jungen Arztes sicher sehr wesentlich. Je mehr Menschen man kennt, desto mehr Aussicht hat man, im Krankheitsfalle von ihnen zu Rate gezogen zu werden. Verbindet der Arzt mit seiner gesellschaftlichen Gewandtheit noch besondere künstlerische Begabung, musikalischer oder schauspielerischer Art oder hervorragende sportliche Fähigkeiten, so kann das unter Umständen ihm von großem Vorteil sein. Manchmal kommt es aber auch anders. Ein ausgezeichneter Internist, der als Geiger den besten Berufsgeigern kaum nachstand, hat oft über die geringe Inanspruchnahme seiner ärztlichen Kenntnisse geklagt. Und von einem anderen für komische Darstellungen ganz besonders begabten Kollegen weiß ich, daß er diese Art sich zu betätigen ganz aufgegeben hat, weil das Publikum allmählich vergaß,

daß er nebenbei auch ein recht tüchtiger Arzt sei. Daß sich anderseits sehr hohes Künstlertum mit wahrem Arzttum vortrefflich verträgt, sieht man an den Beispielen vieler hervorragender, auch musikalisch hochstehender Ärzte. Man hat fast den Eindruck, daß eine gewisse musikalische Begabung der künstlerischen Auffassung des ärztlichen Berufes zugute komme. Man denke nur an das Beispiel von *Billroth,* der in seltener Weise ärztliches und musikalisches Künstlertum in sich vereinigt hat. Der verstorbene Chirurg *Kehr* in Halberstadt war ebenso berühmt durch seine Gallensteinoperationen, wie durch die von ihm in Halberstadt ins Leben gerufenen Festaufführungen von Wagner'schen Opern.

Beziehungen zu bedeutenden Persönlichkeiten, seien sie verwandtschaftlicher oder freundschaftlicher Art, sind für jeden Arzt nur angenehm, weniger vielleicht in der allgemeinen Praxis als bei der Bewerbung um eine städtische oder staatliche Stellung. Die Beziehungen zu Kassengewaltigen haben jetzt, wo überall die freie Arztwahl eingeführt ist, wohl keine Bedeutung mehr. Früher hat man eine solche Beziehung wiederholt als recht bedeutungsvoll für die Erreichung einer Kassenarztstelle angesehen.

Und schließlich das Honorar des Arztes! Welcher Arzt ist mehr geschätzt, der billige oder der teure, derjenige, der in nobler Anwandlung dem Kranken das Honorar schenkt oder der gern Rechnungen mit drei Nullen schreibt? Heute, wo 90% der Kranken den Kassen angehören, und wo die wirtschaftliche Not die großen Honorare nahezu ausschließt, hat es kaum einen Zweck, über das Honorar des Arztes zu reden. Vielleicht kommt aber doch einmal ein junger Kollege in die Lage, eine große

Rechnung ausstellen zu können. Ihm kann man am besten das eine sagen: „Grau, teurer Freund, ist alle Theorie. Wie du's machst, ist's verkehrt." Es kann sich ereignen, daß ein reicher Fabrikant sich weigert, für die Blinddarmoperation seiner Tochter RM. 1000 zu zahlen, und ebenso kann es vorkommen, daß ein schlichter Volksschullehrer ganz erstaunt ist, wenn die Exstirpation einer tuberkulösen Niere bei seiner Frau nur RM. 300 kostet. Der erstere wird auf den teuern Arzt überall schimpfen, der letztere wird den einsichtsvollen, billigen Arzt loben. Der Arzt wird, je nach seiner Veranlagung, in jedem Falle sich ärgern oder sich freuen. Was ist das Beste? Als Stoiker wird man alles mit Gleichmut und Humor hinnehmen. Am meisten geärgert habe ich mich immer dann, wenn ich einem Kranken, dessen günstige Vermögensverhältnisse ich nicht kannte, eine zu geringe Rechnung gestellt habe. Auch halte ich es für sicher, daß dem Arzte eine hohe Einschätzung seiner Tätigkeit noch nie geschadet hat. Wenn man wirklich etwas geleistet hat, so hat man auch das Recht, das entsprechende Entgelt zu fordern.

Viele Dinge müssen zusammenwirken, um eine dauernde Praxis des Arztes zu begründen, wesentliche und unwesentliche. Wenn es auch wahr ist, daß der Ruf eines Arztes manchmal von Kleinigkeiten abhängt, in der Hauptsache wird er doch getragen von dem gegenseitigen Vertrauen, das begründet liegt in dem überragenden Können des Arztes und gestützt wird durch die Herzenseigenschaften eines wahrhaft guten und aufopferungsfähigen Menschen.

Wie stellt sich der Kranke die Art und die Entstehung seines Leidens vor?

Der Arzt hat sich nicht nur der genauen Erkennung und zuverlässigen Behandlung der ihm vorkommenden Krankheiten zu widmen, er muß sich auch mit der Persönlichkeit der Kranken und vor allen Dingen mit der Seele dieser Kranken eingehend beschäftigen. In der Zeit der Mechanisierung der Heilkunde ist das wohl vorübergehend vergessen worden, dafür wird es aber in neuerer Zeit um so mehr betont. Der alte Arzt hat sich von den hier in Frage kommenden Dingen nicht so genau Rechenschaft gegeben. Zur Studienzeit von uns Älteren wußten wir noch nicht soviel von Psychologie, Psychiatrie, Psychoanalyse, Individualpsychologie, und ich kann von mir selbst sagen, daß ich an die Psyche meiner Kranken von Anfang meiner Praxis an ganz voraussetzungslos herangetreten bin. Später war ich wohl geneigt, mich mit den wissenschaftlichen Fragen der Psyche zu beschäftigen. Die Chirurgie ließ dazu aber leider keine Zeit. Wenn ich es trotzdem unternehme, etwas, was die psychische Einstellung der Kranken anbetrifft, zu besprechen, so soll dabei nur von einer Reihe ganz harmloser Beobachtungen die Rede sein, die jeder Arzt, der seinen Beruf nicht rein geschäftsmäßig auffaßt, man kann wohl sagen, tagtäglich machen kann.

Als eines der anregendsten Probleme erschien mir immer dasjenige, zu ermitteln: was denkt der Kranke über seine Krankheit, welche Vorstellung macht er sich von den in seinem Körper vorgehenden anatomischen Veränderungen? Welche Wirkungen rufen diese anatomischen Vorstellungen in seinem Denken, Fühlen, Fürchten und Hoffen hervor? Wenn

man den Kranken richtig psychisch zu beeinflussen sich anschickt, so muß man sich zunächst über die in seiner Seele sich abspielenden Vorgänge zu unterrichten versuchen. Das ist sicherlich sehr schwer, und es ist die Frage, ob es überhaupt jemals restlos gelingt. Vielleicht ist der Arzt, der so in das Innere des Kranken einzudringen versucht, auf ganz falschen Wegen. Mag das sein, wie es wolle. Ein gewisses Bild muß man sich von der Seele des Kranken immer entwerfen, um auf Grund dieses Bildes seine psychotherapeutischen Maßnahmen aufzubauen.

Als erster Grundsatz, den ich im Laufe der Erfahrung immer mehr und mehr bestätigt fand, dürfte folgender gelten: ein Laie, sei es auch der allergebildetste (und vielleicht ein solcher in erster Linie), vermag sich weder über den anatomischen, noch über den krankhaften Zustand seines Körpers eine einigermaßen klare Rechenschaft zu geben. Das klingt hart und klingt besonders traurig, wenn man bedenkt, wieviel Mühe heute darauf verwandt wird, in populären Darstellungen dem Publikum die wichtigsten Lehren der Anatomie, der Krankheitserkennung und -behandlung zu vermitteln. Und wenn man heute mit gebildeten Laien sich unterhält, so ist man stets ganz erschlagen von dem Reichtum an Worten, an Namen, an Krankheitsbezeichnungen, die von ihnen als etwas ganz Selbstverständliches in die Unterhaltung geworfen werden. Erzählt mir doch fast täglich irgendein Kranker, daß er an heftigsten Spasmen im Dickdarm leide. Erzählen mir doch andere Kranke, daß sie durch die Verletzung mit einem unsauberen Rasiermesser eine Staphylokokkeninfektion bekommen hätten, daß diese Infektion mit allen erdenklichen Mitteln behandelt worden, aber erst gewichen sei, als der Professor *X.* eine Staphylo-

kokkenvakzine eigens für sie hergestellt habe. Höre ich weiter fast täglich von Kranken, denen ich eine Operation empfehlen zu müssen glaube, die Gegenrede, daß sie an einer Labilität ihres Herzmuskels litten, und daß sie von einem berühmten Herzarzt darauf hingewiesen seien, daß während der Operation unbedingt Strophantin und Lobelin bereitstehen müßten. Was denkt der erste Kranke sich unter Spasmen, was weiß der zweite von Staphylokokkenvakzine? Wie malt sich im Kopfe des anderen die Labilität seines Herzmuskels? Über medizinische Dinge klug zu reden, gehört heute zum guten Ton. Die große Zahl der deutschen Ärzte sorgt dafür, daß täglich in 40000 Sprechstunden eine entsprechende Zahl von Kranken eingehend über die Verhältnisse ihres inneren und äußeren Menschen belehrt werden.

Es ist zweifellos Pflicht des Arztes, dem Kranken nach der Untersuchung genaue Auskunft über die Art und die Heilbarkeit seines Leidens zu geben. Die Einzelheiten dieser Auskunft müssen dem Arzte je nach Art der Erkrankung überlassen werden. Der höfliche und gewissenhafte Arzt wird dem Kranken einen eingehenden Vortrag über das Leiden halten. Der kurz Angebundene wird sich mit einigen Andeutungen über Entzündung, Blutstauung, Gefäß- und Nervenkrampf, Verwachsungen begnügen.

Selten wird ein Arzt auf die Frage des Patienten: „Erklären Sie mir meine Krankheit“, sich zu sagen getrauen: „Davon verstehen Sie nichts, lassen Sie mir meine Ruhe“; oder gar, sich selbst verulkend, erklären: „Bei Ihnen hat sich die Bauchspeicheldrüse mit der Netzhaut verwickelt und sich dann um den Blinddarm herumgeschlagen.“ Habe ich es doch erlebt, daß der Kranke auf diese meine Diagnose sofort erklärt hat: „Ach bitte, Herr Doktor, noch

einmal, daß ich es mir aufschreiben kann; das muß ich unbedingt meiner Frau sagen."

Vor einigen Jahren erklärte ich einer Kranken, die mich mit vielen überflüssigen Fragen plagte, daß sich ihr Blinddarm dreimal um die Wirbelsäule herumgeschlagen habe. Ich hatte nie geglaubt, daß diese Mitteilung im Gehirn der Kranken fest haften würde, und war sehr erstaunt, als acht Tage drauf ihr Onkel, ein sehr berühmter und kluger Mann, zu mir kam mit den Worten: „Sagen Sie mal, lieber Doktor, bei meiner Nichte ist ja wohl ein ganz außergewöhnlicher Blinddarm gefunden worden. Das ist doch wohl noch nie dagewesen, daß sich das Organ dreimal um die Wirbelsäule herumgeschlagen hat". Ich glaube, daß ich in dem Augenblick ein etwas dummes Gesicht gemacht habe; ich habe mich aber schnell gefaßt und gesagt: „Jawohl, Herr Professor, das war allerdings sehr ungewöhnlich."

Ein bekannter Kollege, dem ich dies kleine Erlebnis erzählte, hat daraufhin einen seiner Kranken gelegentlich gefragt: „Wie groß glauben Sie wohl, daß ein Blinddarm gewöhnlich ist?" Darauf kam die prompte Antwort: „Nun, so groß etwa wie eine mittlere Leberwurst".

Der Mediziner fängt mit seinem 18. oder 19. Jahre an, Anatomie zu studieren. Studiert den Menschen von oben bis unten 6—7 Jahre lang täglich 8—10—12 Stunden und kommt dabei so weit, daß er über die Form, über den Aufbau, über den Zusammenhang der Organe die richtige Vorstellung bekommt. An unzähligen Präparaten, an Abbildungen, an Zeichnungen werden ihm immer wieder die Grundlagen der Anatomie vorgeführt. Wie soll da ein Laie, der nie ein anatomisches Präparat in seinem Zusammenhang zergliedert hat, der nie eine anatomische Abbildung, geschweige denn ein Präparat von der inneren Struktur, sagen wir einmal eines Muskels, einer Sehne, eines Darmes, eines Herzmuskels oder einer Bauchspeicheldrüse gesehen hat, wie soll, frage ich, der Laie nur einigermaßen in der Lage sein, sich über den Bau seines eigenen Körpers klar zu werden. Und

gar in kranken Tagen, wo der Arzt ihm sagt, daß eine Lungenentzündung vorliege, daß ein Gelenk mit Wasser gefüllt sei, daß eine Sehnenscheide vereitert sei, was soll sich der Kranke unter diesen Krankheitsbegriffen denken? Aber alle Welt spricht von Lungenentzündung, von Gelenkwassersucht, von Sehnenscheideneiterung. Das sind so bekannte Begriffe, die man kennen muß, und unter denen sich jeder vorstellen kann, was er will. Ich komme oft in die Lage, dem Vater eines Kindes mit schwerer Appendizitis zu erzählen, daß der Blinddarm sehr brandig gewesen sei und ein Loch gehabt habe. Wenn ich dann den kleinen Blinddarm dem Vater vorführe, so höre ich oft: „Ach so ein ganz kleines Organ, das hätte ich mir weit größer vorgestellt.“

Die Welt ist nun einmal so: die Begriffe fehlen, aber die Worte sind überall vorhanden. Das ist nicht nur in der Medizin so. Über die Medizin können wir Ärzte zufälligerweise am besten mitreden und müssen sehen, wie groß die Unwissenheit der Laienwelt in anatomischen und medizinischen Dingen ist, und wie gerade der gutgebildete Laie am allerwenigsten eine Vorstellung von dem Bau seiner inneren Organe in gesunden und kranken Tagen hat.

Es ist ein langer Weg, den man als Arzt zu gehen hat, bis man zu diesem Ergebnis kommt. Wie oft habe ich früher in langen Auseinandersetzungen mich bemüht, dem Kranken ein Bild von seiner Verletzung, seiner Entzündung, seiner Geschwulstbildung zu geben. Wie oft habe ich mich bemüht, ihm auseinanderzusetzen, daß ein Magengeschwür vorliege, und daß dieses Magengeschwür als ein kleiner Substanzverlust der Magenschleimhaut aufzufassen sei. Der Kranke nickte sehr verständnisvoll mit dem Kopfe. Einige Tage darauf bekam er heftige Schmer-

zen und kurze Zeit danach Blutbrechen. Das erste Wort bei meinem Besuch war: „Herr Doktor, das Geschwür, von dem Sie mir erzählt haben, ist heute Morgen aufgebrochen."

Nachdem ich solche Erlebnisse oft an den verschiedensten Organen gehabt habe, habe ich die wissenschaftliche Aufklärung meiner Kranken aufgegeben, nicht nur der einfachen Kranken, sondern auch der hochgebildeten und gelehrten Kranken. Dazu gehört ein gewisser Entschluß und eine, sagen wir einmal, Art von überragender Verachtung der menschlichen Gelehrsamkeit und der menschlichen Klugheit. Es klingt vielleicht etwas überheblich. Wenn man aber sieht, daß man mit der anderen Methode weiterkommt, so hat man vielleicht mit seinem Verfahren doch nicht so ganz unrecht.

Ein guter Kaufmann muß sich dem Geschmack seiner Kundschaft anpassen. Ein guter Arzt muß die Krankheit dem Patienten so erklären, wie es der Auffassungsmöglichkeit des Kranken entspricht. Es klingt freilich sehr gelehrt, wenn man redet von exsudativen Prozessen zwischen Zwerchfell und oberer Lebergrenze oder von gelber Hepatisation des unteren Lungenlappens. Der ungebildete Kranke versteht die Ausdrücke nicht, der gebildete faßt sie mit größtem Enthusiasmus auf, ohne eine Ahnung von dem zu haben, was sich dahinter versteckt. Ist es da nicht viel verständiger, bei den allereinfachsten Ausdrücken es bewenden zu lassen? Das Beliebteste ist die Verwachsung. Die Verwachsung erklärt bei mir alles. Bauchfellstränge, Narben am Magenausgang, Oesophaguskarzinom, Gallenblasenentzündung, Pankreaskarzinom. Ich habe noch nie einen Patienten getroffen, der mit dem Worte „Verwach-

sung“ nicht vollkommen zufrieden gewesen wäre. Bei den Gebildeten muß man etwas hinzufügen: „Verwachsung zwischen Magen und Gallenblase, zwischen Magen und Netz, zwischen Eierstock und Blinddarm.“ Diese Verwachsung begleitet den Kranken durch sein Leben hindurch. Eine junge Frau wird wegen Schilddrüsenvergrößerung untersucht. Ausgiebige Aussprache in verständlicher Weise. Allseitige Befriedigung. „Was ich vergessen habe zu sagen, mein lieber Doktor, ich habe auch eine Verwachsung meines linken Eierstockes. Ich gehe alle Vierteljahre zu meinem Frauenarzt, um nachsehen zu lassen, ob alles in Ordnung ist.“ Was wird sich diese junge, nette Frau wohl unter der Verwachsung ihres Eierstockes vorstellen?

Wenn wir uns fragen, wie stellt sich der Patient die Art seines Leidens vor, so können wir darauf nur antworten, er stellt sich darunter überhaupt nichts Richtiges vor. Er kann sich auch gar nichts darunter vorstellen, da ihm die Grundbegriffe für die normale Anatomie, für die Entzündung, für die Verletzung, für die Geschwulstbildung vollkommen fehlen.

In Berücksichtigung dieser Tatsache bin ich schon lange der festen Überzeugung, daß es vollkommen nutzlos ist, die Laien über medizinische Dinge belehren zu wollen. Es ist rein unmöglich, daß auch der Gebildete sich nur einigermaßen genau in einen Krankheitsbegriff hineindenken kann. Aber was nützt solche Überzeugung? Die Beschäftigung mit medizinischen Dingen gehört nun einmal zur Bildung, und die allgemeinverständlichen, oft ausgezeichneten Aufsätze unserer Tagesblätter über medizinische Fragen werden immer zu allererst gelesen und im Familienkreise, am Kaffeetisch und am Stammtisch eingehend besprochen. Und wenn

irgendein unglücklicher Patient heute seinen Bekannten von seiner Krankheit erzählt, so kann er sicher sein, daß er von 10 Freunden mindestens 20 Ratschläge bekommt. Das Verständnis in medizinischen Dingen wächst im Quadrate der Erfahrungslosigkeit.

Die Entstehung der Krankheiten ist für den Laien schon leichter verständlich als die Art der anatomischen Veränderungen: wenn durch einen Holzsplitter eine Fingerverletzung entsteht, wenn durch einen Unfall auf der Straße der Schenkelhals abbricht, wenn nach einer Erkältung eine Lungenentzündung auftritt, wenn durch Zusammensein mit einem Scharlachrekonvaleszenten Scharlach übertragen wird, so sind das alles Vorgänge, die dem Verständnis des Laien durchaus erklärlich sind. Schwieriger ist es schon, wenn in der Vorgeschichte ein Unfall, eine Erkältung, eine Ansteckung nicht nachweisbar sind. Dann plagt sich jeder Patient mit dem Gedanken: wie bin ich nur zu dieser Krankheit gekommen? Diese Frage entspringt einem allgemeinen menschlichen Gedankengange. Jeder Arzt, der sich selbst genau beobachtet, kann an sich erleben, daß er in den gleichen Gedankengang verfällt. Nehmen wir die einfachsten Verhältnisse. Der betreffende Kollege bekommt einen Darmkatarrh. Der erste Gedanke ist der: wie komme ich zu diesem Darmkatarrh, was habe ich denn gestern gegessen, was mir so geschadet hat? Oder er bekommt einen Schnupfen. Er denkt genauestens nach, bei welcher Gelegenheit er in den letzten 24 Stunden sich eine Erkältung zugezogen hat. Oder er bekommt ein Panaritium. Er ruht nicht eher, als bis er ungefähr sich klar geworden ist, bei welcher Handlung er sich verletzt haben kann.

Das Suchen nach der Ursache der Krankheit ist eine Tätigkeit des menschlichen Gehirns, mit der man als Arzt unbedingt rechnen muß. Wie komme ich nur zu dieser Erkrankung, Herr Doktor? Die Frage ist für den Patienten fast wichtiger als: wie heißt die Krankheit, und was kann ich gegen dieselbe tun? Jeder Mensch hält die Unversehrtheit seines Organismus für etwas so Selbstverständliches, daß er zunächst im höchsten Grade beleidigt ist, wenn diese Unversehrtheit einmal gestört ist. Wie komme ich nur zu dieser Erkrankung, ich war doch immer so gesund? Warum erkranke ich an einer Lungenentzündung, ich habe doch nie eine Lungenentzündung gehabt? Wie komme ich zu einem Furunkel? Ich habe doch immer ein so gutes Blut gehabt. Und wenn er zwei Furunkel bekommt: muß denn ich auch alles bekommen?

Der Kranke will unbedingt die Tatsache kennenlernen, der er die Schuld für sein Mißgeschick zuschreiben kann. Die Ursache muß immer außerhalb seines Körpers liegen. Der Körper selbst ist vom lieben Gott tadellos geschaffen und hat so zu bleiben. Irgendein Dämon bringt von außen die Krankheit herein, und diesen Dämon muß der Kranke unbedingt kennen, womöglich, um ihn zur Verantwortung zu ziehen (siehe Haftpflicht, wovon noch später zu sprechen sein wird).

Auf die Frage des Kranken nach der Ursache seines Leidens habe ich früher oft sehr ausführliche Erklärungen gegeben. Ich habe von der Störung der inneren Sekretion, von der Übersäuerung des Magensaftes, von der Harnstauung in den Nierenzellen, von der Entartung des Herzmuskels gesprochen, meistens mit dem Erfolge, daß das richtige Verständnis auf seiten des Kranken nicht aufkam. Heute weiß ich,

daß der Patient eigentlich nur fünf Krankheitsursachen kennt: die Erkältung, den Diätfehler, den Unfall, den Schreck und — die ärztliche Behandlung. Es ist Aufgabe des Arztes, dem Kranken die Entstehung des Leidens in schlichter Weise klarzumachen. Da der Unfall mit möglichster Vorsicht zu behandeln ist, und da der Arzt als Krankheitsursache von selbst ausscheidet, so bleiben in der Hauptsache nur drei Krankheitsursachen: die Erkältung, der Diätfehler und der Schreck.

Meine Unterhaltung mit den Kranken wird auf diese Weise ziemlich trübselig und ärmlich. Ich bemühe mich aber immer, etwas Abwechslung in das Gespräch zu bringen. Erkältung! „Vielleicht haben gnädige Frau einmal etwas kaltes Bier getrunken, vielleicht sind Sie einmal in der Eisenbahn am offenen Fenster gesessen, vielleicht haben Sie einmal nasse Füße bekommen, vielleicht war der Weißwein beim Abendessen zu kühl?“ Das sind alles Umschreibungen für das einfache: „Haben Sie sich einmal erkältet?“ Das genügt im allgemeinen vollkommen. Man braucht sich gar nicht zu sehr zu plagen. Sobald das Wort „Erkältung“ fällt, zieht ein Leuchten über das Gesicht des Kranken. „Ja freilich, ich habe es meinem Manne gleich gesagt, daß man bei dem Wind nicht im offenen Auto fahren soll.“ Oder: „Das Bett im Palasthotel, wo wir zuletzt gewohnt haben, war sicherlich feucht.“

Mit dem Diätfehler ist es ähnlich. Wer hat nicht einmal eine verdorbene Wurst gegessen? Wer hat nicht einmal ein schlechtes Fett zum Braten erhalten? Mit dem Diätfehler kann man alles erklären: Cholelithiasis, Karbunkel, Meningitis, Tumoren der verschiedensten Art; vor kurzem hatten wir eine Frau mit Mammakarzinom, die ihr Karzinom

mit Bestimmtheit auf den Genuß einer schlechten Blutwurst zurückführte.

Der Schreck und alle sonstigen Beeinflussungen der Psyche spielen bei der Laienwelt als Krankheitserreger keine so große Rolle. Daß man durch den Schreck eine Ohnmacht, einen Nervenanfall bekommen kann, ist dem Kranken völlig klar. Die feinen Fäden, die von psychischen Erregungen, Bedrükkungen, Kümmernissen zu den mannigfaltigen Störungen des Zirkulations-, Digestions- und Genitalapparates führen, sind dem Kranken nur selten ersichtlich. Da sind die anderen Krankheitsursachen weit eindrucksvoller.

Der Unfall ist im allgemeinen weit sinnfälliger als Erkältung und Diätfehler.

Wenn einer das Bein bricht oder eine Kopfwunde erleidet oder in den Arm geschossen wird, so braucht man ihm nicht zu erklären, daß es ein Unfall ist. Heutzutage aber, wo mit dem Begriff „Unfall" sich sehr häufig der Begriff einer Rente verbindet, ist der Unfall, zumal bei unklaren Erkrankungen, sehr beliebt. Darum übe der Arzt, der nach der Ursache eines Leidens gefragt wird, zunächst die wichtige Vorsicht, daß er den Begriff Unfall nicht in die Unterhaltung wirft. Denn daraus könnten sich für ihn später sehr unangenehme Weiterungen ergeben. Was ist mit dem Unfall? Was denkt sich der Kranke unter einem Unfall? So klar der Unfall beim Knochenbruch, bei der Stichverletzung, bei einer Quetschwunde, bei einem Schädelschuß erscheint, so unklar ist der Begriff des Unfalls bei allen möglichen anderen Krankheiten. Gibt es überhaupt wohl noch eine Krankheit, die nicht schon durch einen Unfall hervorgerufen worden ist?

Der Arzt als Krankheitsursache ist bekanntlich ein Kapitel, dem eine gewisse Bedeutung nicht abzustreiten ist. Wenn man sieht, wie im Verlaufe einer Erkrankung jede Wendung zum Schlechteren oder jede Komplikation von den Kranken oder deren Angehörigen auf die ärztliche Behandlung zurückgeführt wird, so möchte man schon manchmal ob solcher Naivität in leichtes Erstaunen geraten.

Aber, wie vorhin schon hervorgehoben wurde, die Ursache der Krankheit liegt immer außerhalb des Menschen. Der Unfall kommt von außen. Der Arzt, der eine falsche Operation macht, der eine ungeeignete Arznei verordnet, der einen unzweckmäßigen Verband anlegt, wirkt ebenso wie der Unfall auf den Patienten schädigend und ist für alles, was sich weiter ereignet, verantwortlich.

Der Unfall als Krankheitsursache hat seinen ursprünglichen Begriff vollkommen verloren. In einer Gemeinde erleidet ein Arbeiter einen Unfall durch Hufschlag auf die Brustwand und bekommt eine eitrige Rippenfellentzündung. Krankenkasse, Unfallversicherung, Dauerrente von zunächst 100%. Der Nachbar *L.* bekommt nach einem halben Jahre aus unbekannter Ursache eine Lungenentzündung. Nachdem die Krankenkassenzeit abgelaufen ist, fällt die Entschädigung fort. „Meinen S' net, Herr Doktor, i könnt' aa was vom Unfall kriag'n?" Der Arzt ist erstaunt, von Unfall war nie die Rede, und sagt, daß ja ein Unfall, eine Verletzung nicht vorläge. „Ja, der Huber mit der Rippenfellentzündung hat doch aa was vom Unfall kriagt und hat jetzt seine achtzig Markl im Monat; die könnt i halt aa leicht brauchen!" Der Arzt erwidert, daß das wohl Schwierigkeiten haben würde. Es vergehen 3—4 Wochen, und eines Tages teilt der Patient mit, daß er sich 8 Tage vor

der Lungenentzündung beim Holzfällen gestoßen habe, und daß der Maier Alois als Zeuge diesen Stoß leicht bescheinigen könne. Bürgermeister, Unfallanzeige, Berufsgenossenschaft, Erhebungen, Zeugenaussagen, Gutachten des Dr. *K.*, Beobachtung in der Universitätsklinik, Obergutachten, Gegengutachten von Geheim- und Medizinalräten usw. Was kommt dabei heraus? Auch der Nachbar *L.* erhält seine Unfallrente.

Der sagenhafte Begriff des Unfalls ist dem *L.* zunächst nicht recht zum Bewußtsein gekommen. Er hat sich nur gedacht, wenn der Unfall so ein guter Mann ist, der dem Huber eine Rente zukommen läßt, so könnte auch ich eine solche bekommen. Der Unfall zahlt alles. Und aus der unklaren Vorstellung entsteht allmählich in seiner Erinnerung der Stoß beim Holzfällen, und nun nimmt das Schicksal seinen Lauf. Er wäre ja auch dumm, wenn er (der *L.*) aus dem großen Topf der deutschen Sozialversicherung sich seinen Anteil nicht sichern würde. Wozu haben wir denn unsere vielen Milliarden, die wir nur auszugeben brauchen? Wenn es der eine bekommt, soll es der andere auch haben. Woher es kommt und wer es zahlt, das ist Nebensache.

Die Bedeutung des Unfalls ist eine so unheimliche geworden und wird täglich immer unheimlicher, daß man jede Gelegenheit benutzen muß, um der Verwirrung, die in den Köpfen der Deutschen mehr und mehr entsteht, entgegenzutreten. Leider ist diese Begriffsverwirrung nicht die Folge eines klaren Gedankenganges, sondern ist die Folge des Wunsches, sich auf angeblich legalem Wege für die Folgen der Krankheit, deren Ursache unbekannt ist, entschädigen zu lassen. Der Weg dazu ist auch in

den entlegensten Dörfern gut bekannt. Der beste Arzt kann sich der Mitarbeit nicht entziehen, wenn er nicht Praxis und Verdienst verlieren will. So wird der Unfall, unter dem sich der Kranke zunächst gar nichts gedacht hat, zu einer immer größeren Macht, die jede Krankheit herbeiführen kann und für die Folgen jeder Krankheit eine Entschädigung zu zahlen vermag. Man muß es nur richtig anfangen. Der deutsche Doktrinarismus und Sozialismus sorgen schon dafür, daß der Unfallsbegriff sich immer mehr und mehr verwischt, und daß die Klarheit der Begriffe schwindet. Wie schreibt der Elsässer *Weiß*: „Viele Anhänger der Krankenversicherung geben zu, daß diese Versicherung eine der mächtigsten Faktoren der Verderbtheit ist, die man je gefunden hat.“

Es mag manchem sehr wunderlich erscheinen, wenn er aus den vorstehenden Zeilen einen gewissen Pessimismus über die Möglichkeit, den Kranken über die Art seines Leidens aufzuklären, heraushört. Mancher wird darin auch eine Überheblichkeit, mancher eine Verfehlung gegen die reine Wissenschaft sehen. Allen diesen Lesern möchte ich zu ihrer Beruhigung erklären, daß ich selbstverständlich in jeder Weise auf dem Boden der exakten Wissenschaft stehe. Ich habe mich ein langes Leben hindurch bemüht und bemühe mich andauernd, stets größte Sicherheit über die Art und die Entstehung der Krankheiten zu gewinnen; nur auf diese Weise kann ein gebildeter Arzt zu wirklichen Fortschritten in seiner Wissenschaft gelangen.

Über die Art und Weise aber, wie diese Fortschritte unseren Kranken zu vermitteln sind, habe ich mir mit der Zeit meine besonderen Anschauungen gebildet.

Der Kranke huldigt wie alle Laien gewissen primitiven Vorstellungen über die Art und Entstehung der Krankheiten, die sich unter dem Einfluß der allermodernsten Belehrung kaum geändert haben. Es mag sein, daß hie und da ein Gebildeter Verständnis für die neue Allergenforschung, für die Bakteriologie und Serologie, für die großartigen Entdeckungen der Hormonwissenschaft zeigt. Im Grunde ist der Kranke weit mehr befriedigt, wenn man ihm von einer Blutstauung, von einer Blutvergiftung, von einem inneren Kropf spricht.

Es ist selbstverständlich, daß wir dem Kranken mit gebildeten Erklärungen größeren Eindruck machen. Irgend etwas Positives anfangen kann er aber mit unseren modernen wissenschaftlichen Ausdrücken nicht. Auch mit Hilfe einer populären Erklärung kann er sich keine rechte Vorstellung von der Krankheit machen. Mit den Ausdrücken hingegen, die ihm von Jugend an vertraut sind und bei denen er sich einigermaßen etwas denken kann, wird er sich weit eher zufrieden geben. Je mehr man sich bei den dem Kranken schuldigen Aufklärungen an Ausdrücke hält, die seinem Verständnis naheliegen, um so sicherer wird man mit ihm in ein gutes Vertrauensverhältnis kommen, das für den Erfolg der Behandlung eine wichtige Voraussetzung bildet. Eine große Anzahl von Kranken bringt zum Arzt eine bestimmte Vorstellung über Art und Ursache ihres Leidens mit. Es ist oft sehr schwer, diese Vorstellung als falsch hinzustellen; je mehr man bei allen Erörterungen auf diese eingeht, desto mehr wird man sich in die Gedanken der Kranken einfühlen können.

Wenn man so dem Ideenkreise des Kranken in mancher Weise sich einfügen will, so soll man bei allen Erörterungen über die Entstehung der

Krankheit größte Vorsicht walten lassen. Das ist besonders dann der Fall, wenn es sich um die Frage des Unfalles und der ärztlichen Verschuldung handelt. Bei diesen beiden Dingen hört die primitive, naturgemäße Vorstellung des Kranken auf, und es tritt dasjenige ein, was man mit mehr oder weniger Berechtigung als Begehrungsneurose bezeichnet hat. Bei der vollkommenen Verschiebung, die unter dem Einfluß der allgemeinen Versicherung der Begriff des Unfalls erlitten hat, ist der Unfall, wie wir oben ausgeführt haben, als Ursache für die verschiedensten Krankheiten anzusehen. Dafür sorgt schon die Umwelt des Kranken in ausgiebigster Weise. Um diese unfallmäßige Entstehung der Krankheit nicht weiter zu steigern, soll jeder Arzt sich peinlich hüten, bei nicht ganz klaren Fällen die Möglichkeit eines Unfalles überhaupt zu erörtern. Die einfache Frage: haben Sie sich einmal verletzt, genügt in der Regel vollauf, um den Kranken später erzählen zu lassen, daß der Dr. *X.* bestimmt einen Unfall als die Ursache des vorliegenden Leidens erklärt habe. Nicht anders geht es mit der ärztlichen Behandlung. Wenn ein Kranker schon bei einem anderen Arzte ohne Erfolg behandelt wurde, so kann man sicher sein, daß in der Hälfte der Fälle später von ihm angegeben wird: natürlich bin ich ganz falsch behandelt worden. Erhebt man nicht sofort energischen Widerspruch, so ist die Erzählung, daß der Dr. *Y.* durch seine Behandlung die Krankheit verschuldet habe, und daß der Dr. *Z.* das bestätigt habe, bald fertig. Darum: Principiis obsta. Sobald eine solche Meinung geäußert wird, soll man ihr umgehend mit Nachdruck widersprechen.

Die Aufklärung des Kranken über die Natur seines Leidens erfordert außer einer gründlichen

wissenschaftlichen und praktischen Erfahrung eine gute Dosis von Takt und Menschenkenntnis. Ganz gerecht werden wird dieser Aufgabe nur derjenige, der neben einer hervorragenden ärztlichen Ausbildung über die besondere Fähigkeit verfügt, sich in die Gedankengänge seiner Kranken voll und ganz einzufühlen.

Die zuversichtliche Krankenbehandlung.

Ein Mann in den 40er Jahren erkrankt plötzlich unter Fieber, Frösteln, Stechen auf der Brust, leichtem Husten und Auswurf. Temperatur 39,0. Dr. H. wird geholt. Genaue Untersuchung, nachdenkliches Gesicht des Arztes. „Ein bestimmter Krankheitsherd ist nicht nachweisbar, es besteht aber die Gefahr einer Lungenentzündung, die als recht ernst anzusehen ist. Ich will versuchen, durch eine entsprechende entgiftende Serumeinspritzung die Krankheit im Keime zu ersticken.“ Omnadininjektion.

Der Kranke nebst Familie sind sehr bedrückt und sehen voll Sorgen dem kommenden Tag entgegen.

Am anderen Morgen Temperatur 36,8, unbedeutende Bronchitis. „Sie können von Glück sagen, daß Sie gleich zu mir geschickt haben, und daß ich die Lungenentzündung habe verhüten können.“ Kranker und Familie atmen auf. „Was haben wir doch für einen hervorragenden, tüchtigen Arzt.“

Stadtgespräch: Herr N. ist an schwerer Lungenentzündung erkrankt und hat tagelang in höchster Lebensgefahr geschwebt. Dem energischen, sofortigen

Eingreifen des Herrn Dr. H. ist es zu danken, daß der Kranke den bedrohlichen Anfall schnell überwunden hat.

Derselbe Krankheitsfall. Dr. Y. wird geholt, untersucht ebenfalls genauestens. „Mein lieber Herr N., ich habe Sie jetzt genau untersucht und glaube, daß Sie und Ihre Familie sich keinerlei Sorge zu machen brauchen. Sie haben zwar heute abend eine mäßige Temperatursteigerung. Das Fieber beruht aber nur auf einer einfachen Erkältung. Machen Sie heute Nacht einen feuchten Wickel und trinken Sie eine Tasse Lindenblütentee. Sie werden sehen, morgen früh ist alles in bester Ordnung."

Herr N. ist sehr getröstet und verbringt eine gute Nacht. Dafür ist aber Dr. Y. etwas im Druck, ob seine Prognose auch zutreffen wird, da er die Möglichkeit einer Pneumonie nicht mit Sicherheit hat ausschließen können. In aller Frühe läutet der Fernsprecher: „Hier N.; Herr Doktor, ich bin Ihnen sehr dankbar für Ihre schnelle Hilfe, ich bin ganz wohl, Sie brauchen sich nicht mehr zu bemühen." Und sagt zu seiner Frau: „Daß Du auch wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt schickst; die Rechnung für den Besuch hätten wir uns sparen können."

Ein anderes Beispiel: Frau Maier, 40 Jahre alt, entdeckt eines Morgens in der linken Brust eine kleine Verhärtung. In ihrer Angst einen Krebs zu haben, geht sie zu Herrn Dr. A. Sorgenvolle Miene des Arztes. „Ich will Sie ja nicht ängstigen, aber in der Brust entstehen leicht bösartige Gewächse. Ich rate Ihnen dringend, sich gleich morgen operieren zu lassen." Die Frau ist in höchstem Grade entsetzt. Die Operation ergibt ein ganz unschuldiges Fibrom.

Frau Huber, welche an sich die gleiche Entdeckung macht, kommt in ihrer Sorge zum Dr. B. Nach genauer Untersuchung sagt Dr. B. mit freundlichem Gesicht: „Bei Ihnen liegt etwas ganz Unschuldiges vor, das Sie in keiner Weise zu bedrücken braucht. Es handelt sich um ein einfaches Bindegewebsknötchen, das mit Krebs nichts zu tun hat. Nur zu Ihrer Beruhigung rate ich Ihnen, sich die kleine Geschwulst gelegentlich entfernen zu lassen. Die kleine Wunde wird in 4 Tagen wieder geheilt sein.“ Völlig getröstet verläßt Frau H. die Sprechstunde wieder.

Wie ist es möglich, daß zwei Ärzte in dem gleichen Falle ihre Aufgabe, dem Kranken Berater und Helfer zu sein, so ganz verschieden auffassen?

Wenn man die Tätigkeit des Arztes nur unter dem Gesichtswinkel betrachtet, die Krankheit zu beseitigen, so ist es das einfachste, ganz objektiv den Tatbestand aufzunehmen und ohne Rücksicht auf die Empfindungen des Kranken seine Maßregeln zu treffen: man gibt ohne viel zu reden seine Anordnungen und wartet in Ruhe die Entwicklung der Dinge ab. Leider oder glücklicherweise ist diese Methode in der Praxis nicht durchführbar. Da der Mensch neben seinem kranken Körperteil auch noch eine Seele mit Gedanken, Empfindungen und Sorgen hat, so verlangt er vom Arzt eine genaue Auskunft über die Art und über die Bedeutung des vorliegenden Leidens. Leider weiß der Arzt, wenn er auch geneigt ist, auf die Gedankengänge seiner Kranken Rücksicht zu nehmen, sich nicht immer die richtige Vorstellung von dem Erregungszustand zu machen, in dem sich die ihn um Rat fragenden Kranken befinden. Die Kenntnis der verschiedenen Erkrankungen ist heute so weit in die Laienkreise

eingedrungen, daß sehr viele Menschen bei den geringsten Krankheitszeichen gleich die bedenklichsten Möglichkeiten an sich vermuten. Um sich ein richtiges Bild von diesen Gedankengängen zu machen, soll jeder Arzt nur einmal überlegen, welche Befürchtungen er selbst bei der geringsten Gesundheitsstörung hegt. Gerade unter unseren Kollegen sind ja die Typen des ängstlichen und aufgeregten Kranken in großer Zahl vertreten Ich spreche nicht nur von den jungen Medizinern, die in den von ihren Lehrern ihnen vorgestellten Krankheitsbildern ihr eigenes Leiden in immer neuer Abänderung zu erkennen glauben, auch die erfahrenen und oft die allererfahrensten Praktiker werden bei irgendwelchen Beschwerden sofort von dem Gedanken an ein ganz schlimmes Leiden heimgesucht. Jeder erinnere sich nur daran, mit welchen Möglichkeiten er selbst bei irgendeiner leichten Gesundheitsstörung schon gerechnet hat.

Und nun der halb medizinisch gebildete Laie. Er hat so viel von allen möglichen Erkrankungen gehört, daß er sich bei jedem leichten Unwohlsein das Schlimmste ausmalt. Daß er bei jedem leichten Stechen auf der Brust eine Lungenentzündung und bei Leibschmerzen eine Blinddarmentzündung fürchtet, ist noch ziemlich harmlos. Schlimmer daran sind schon diejenigen Menschen, die bei jedem Herzklopfen und Druck in der Herzgegend einen Herzfehler zu haben glauben, und diejenigen Frauen, die ihre Kreuzschmerzen gerne mit einem schweren Unterleibsleiden in Verbindung bringen. Am meisten von Sorgen geplagt sind aber diejenigen, die der Gedanke, einen Krebs zu haben, zum Arzt führt. Ein harmloses Brennen auf der Zunge, ein leichtes Stechen in der Brustdrüse, ein unschuldiger Hämor-

rhoidalknoten wird auf Krebs bezogen. Länger dauernde Magenbeschwerden, Störungen der Darmtätigkeit, ungewöhnliche Blähungen, erwecken auch bei jüngeren Kranken sehr leicht den Verdacht eines Krebsleidens. Als junger Arzt denkt man gar nicht daran, welch verzweifelte Gedanken derartige Kranken bei ganz harmlosen Störungen in ihrem Kopf herumwälzen, und ist höchlichst erstaunt, wenn der Kranke am Ende der Untersuchung ängstlich fragt: „Also habe ich keinen Krebs, Herr Doktor?“

Man kann in einem solchen Falle den Kranken mit gutem Gewissen beruhigen. Mit den Jahren wird man klüger. Man kennt seine Leute und sagt nach der Untersuchung grundsätzlich: „Ein Krebs liegt bestimmt nicht vor.“ Man muß immer wieder sehen, welcher Zug der Erleichterung auf dem Gesicht des Kranken dann zu erkennen ist. „Also wirklich nicht, Gott sei dank! Die Frau Schmitt hat mir nämlich solche Angst gemacht. Sie erinnern sich Herr Doktor, Sie haben im vorigen Jahr die Frau A. an Krebs operiert, bei der hat es geradeso angefangen.“ (Es war natürlich ganz anders.) Oder: „Mein Großvater und ein Onkel von mir sind auch an Krebs gestorben, und da man jetzt so viel von Vererbung hört, so habe ich bei mir auch daran gedacht.“

Mit der M ö g l i c h k e i t eines Krebses rechnen h e u t e v i e l e Kranke. Ein großer Teil dieser Kranken spricht dem Arzt gegenüber seinen Verdacht nicht aus. Daß sie ihn aber haben, sieht der Arzt dann, wenn er von sich aus ihnen ihre Sorgen vorwegnimmt und grundsätzlich ein beruhigendes Wort über den Krebs sagt. Man soll in dieser Beziehung sich nicht gehemmt fühlen. Oft denkt man

sich: „Der Kranke wird doch nicht fürchten einen Krebs zu haben, und ich mache ihn vielleicht nur ängstlich, wenn ich davon spreche.“ Das Gegenteil ist der Fall, der Kranke ist ängstlich und will durch den Arzt beruhigt werden.

Ob die Menschheit in der letzten Zeit gegenüber den Krankheiten ängstlicher geworden ist? Es ist schwer, das zu entscheiden. Anhaltspunkte dafür oder dagegen lassen sich kaum erbringen, und man soll sich hüten, die gute alte Zeit anzuführen. Eines glaube ich aber doch sagen zu dürfen, daß in meiner Jugendzeit unter den Laien nicht so viel von Krankheiten und zumal nicht von Krebs gesprochen wurde, wie heute. Die von allen Seiten betriebene Aufklärung der Menschheit, die zunehmende Zahl der Ärzte, die in jeder Familie vorkommenden Operationsfälle und nicht zuletzt die soziale Gesetzgebung mit ihrer Fürsorge für alles mögliche zwingen die Menschheit mehr und mehr, sich eingehend mit ihrer Gesundheit zu befassen.

Ob dieser sogenannte Fortschritt als gut bezeichnet werden kann, diese Frage soll uns hier nicht beschäftigen. Es gibt bekanntlich viele Ärzte, die in der Entwicklung, die die soziale Gesetzgebung in den letzten Jahrzehnten genommen hat, eine Ursache für die Verweichlichung unseres Volkes, für die Abnahme des Verantwortungsgefühls und des Sparsinns und für die immer mehr und mehr zunehmende Rentensucht erblicken.

Die Entwicklung der Verhältnisse hat bei vielen Menschen eine mehr und mehr zunehmende Beschäftigung mit den verschiedenen Krankheitsmöglichkeiten hervorgerufen und eine stets wachsende Unruhe in der Laienwelt verursacht. Wie die Dinge jetzt liegen, wird eine Besserung kaum eintreten. Möglich wäre eine solche

durch eine gründliche Änderung der sozialen Gesetzgebung, und mit einer solchen dürfen wir bei der Einstellung der Majorität des deutschen Volkes kaum rechnen. Wohl aber sind wir Ärzte in der Lage, dem Kranken durch vertrauensvolles Eingehen auf seine Bedrückungen die Sorgen zu nehmen. Der Arzt soll nicht nur sagen: Sie haben eine Lungenentzündung, zur Behandlung empfehle ich Ihnen folgendes. Er muß auch in der Seele des Menschen lesen können und ihm alle kummervollen Überlegungen vorwegnehmen.

Der heutige Arzt muß auf die seelische Einstellung seines Kranken die nötige Rücksicht nehmen, will er anders ein richtiger Arzt sein und nicht nur ein Mediziner bleiben. „Wenn ihr's nicht fühlt, ihr werdet's nicht erjagen.“ Der eine hat's, der andere hat's nicht. In der Schule lernt man es nicht. Mit dem Verstand kann sich aber mancher das aneignen, was ihm die Natur nicht verliehen hat; er muß dazu nur seine Augen offen halten und alles am Kranken scharf beobachten; dann wird er schon den richtigen Weg zum verschlossenen Inneren des Kranken finden.

Der Arzt muß aber auch über eine gute Dosis Selbstlosigkeit verfügen, wenn er seine Kranken beruhigen und trösten will. Auch diese Eigenschaft ist leider nicht allen Menschen, auch nicht allen Ärzten, mit auf den Weg gegeben.

Die Aneignung der Selbstlosigkeit ist weit schwerer, als die der eben genannten seelischen Einfühlung. Der Arzt, der den im Anfang genannten Kranken mit dem Fieberanfall berät, denkt nicht immer: „Wie nehme ich meinem Kranken die Sorge um seine Gesundheit?“, sondern er überlegt in

erster Linie: „Wie muß ich vorgehen, um mein ärztliches Ansehen nicht nur nicht einzubüßen, sondern womöglich noch zu erhöhen?“

Sagt er dem leicht fieberhaften Kranken: „Ihnen fehlt nichts Besonderes, morgen sind Sie wieder ganz gesund“, und hat der betreffende am nächsten Morgen eine ausgesprochene Pneumonie, so bekommt das Ansehen des Arztes natürlich einen argen Stoß, was weder für die Stellung des Arztes noch für die seelische Ruhe des Kranken zweckmäßig ist. Spricht der Arzt aber von der Gefahr einer Lungenentzündung und von der Möglichkeit, eine solche Entzündung durch eine Einspritzung im Keime zu ersticken, so hat er zwar dem Kranken einen großen Schrecken eingejagt, hat aber sein Ansehen auf alle Fälle gerettet und steht am nächsten Morgen, mag kommen was da will, gesichert da. Hat der Kranke eine Lungenentzündung, so heißt es: unser Arzt hat es gleich richtig erkannt; hat er aber keine Lungenentzündung, so sagt man: Dank unserem tüchtigen Arzt, der die Gefahr gleich im Keime erstickt hat.

Der Gedanke, unser Ansehen nicht zu schädigen, bestimmt leider unser ärztliches Handeln allzusehr. Gewiß soll der Arzt darüber wachen, daß er dem Kranken stets als der erfahrene, sichere, umsichtige Mann erscheint, der vor allen Dingen bei der Deutung der Krankheitserscheinungen keine Schwierigkeiten kennt. Das ist mindestens ebenso wichtig, wie die seelische Einfühlung oder die Beruhigung und Aufrichtung des Kranken.

Nur der selbstbewußt auftretende Arzt vermag sich das Vertrauen des Kranken zu sichern und zu erhalten. Diese selbstbewußte Zuversicht des

Arztes darf aber nicht einhergehen auf Kosten der seelischen Ruhe des Kranken. Nil nocere heißt hier vor allen Dingen den Kranken nicht erschrecken, ihm nicht von Gefahren zu reden, an die der Arzt wohl denken, deren Möglichkeit er aber dem Kranken vorenthalten soll.

Bei einem fiebernden Kinde, bei dem die objektive Untersuchung nichts ergibt, kann alles Denkbare in Betracht kommen; neben den gewöhnlichen Kinderkrankheiten Lungenentzündung, Meningitis, Osteomyelitis, Sepsis. Soll man aber nun den ängstlichen Eltern von all diesen Möglichkeiten reden? Nur um zu zeigen, was für ein tüchtiger Arzt man ist? Da ist es doch besser, der Mutter zu sagen, daß es sich nur um eine starke Erkältung handle, die durch geeignete Mittel sich schon wieder beseitigen lasse. Der kluge, zuversichtlich auftretende Arzt wird seine Worte schon so zu setzen wissen, daß er einerseits die Mutter nicht erschreckt, anderseits beim Auftreten von irgendwelchen Verlaufsstörungen keine Überraschung zu zeigen braucht.

Und muß der Kranke über jede Störung in seinem Organismus genau unterrichtet sein? Gewiß hat er ein volles Recht darauf zu erfahren, was ihm fehlt, aber nur unter der Einschränkung, daß sein seelisches Gleichgewicht nicht gestört wird. Wie viele Menschen leiden infolge der durch den Beruf bedingten Aufregung und Sorgen an Herzklopfen und gehen in ihrer Angst zum Arzt, um sich Rat zu holen? Muß da immer sofort ein Herzfehler festgestellt und dem Ratsuchenden mit strenger Miene die größte Schonung anempfohlen sein? Ich bin immer wieder überrascht durch die große Zahl meiner Kranken, die an Herzschwäche,

Herzfehler, Arterienverkalkung, Klappenfehlern zu leiden angeben. Ich glaube nicht zu hoch zu schätzen, wenn ich sage, daß von den Kranken der Privatpraxis, die sich einer Operation unterziehen müssen, die Hälfte angibt: „Wird mein Herz das auch aushalten? Bei mir ist schon lange ein Herzfehler festgestellt worden." Ich schätze meine herzdiagnostischen Künste nicht hoch ein und lasse all meine Kranken genau von einem erfahrenen Assistenten untersuchen. Selten, daß einmal ein wahrer, organischer Herzfehler festgestellt wird. Meistens handelt es sich um rein nervöses Herzklopfen, das im Beruf, im Familienleben, im Nikotinmißbrauch, in der körperlichen Anlage und in ähnlichen Dingen seine Ursache hat.

Viele Frauen leiden an einem kleinen Myom, das ihnen keine Beschwerden macht und zufällig bei einer Untersuchung entdeckt wird. Der verstorbene *Karl Schröder* lehrte uns schon vor 40 Jahren, daß man den Frauen von einem solchen Befund nichts mitteilen solle, um sie nicht zu erschrecken. Und doch, wie viele Frauen kommen in die Sprechstunde und erzählen, daß sie ein kleines Myom haben. Nur wenigen ist diese Tatsache ohne Bedeutung geblieben. Die Mehrzahl ist dadurch ständig bedrückt und lebt in der Sorge, daß das Myom sich vergrößern oder bösartig werden könne.

Der Arzt, der ein solches Myom zum erstenmal entdeckt, muß den Mut haben, der betreffenden Kranken die richtige Diagnose zu verschweigen. Er muß nicht davon ausgehen, daß er unter Umständen in den Verdacht kommt, ein Myom übersehen zu haben, sondern er muß daran denken, daß die Kranke unter keinen Umständen zum Grübeln über ihre Unterleibsorgane veranlaßt wird.

Der Arzt handelt durchaus richtig, wenn er der Kranken erklärt: „Ihre Gebärmutter zeigt eine ganz unbedeutende, harmlose Vergrößerung, die in keiner Weise bedenklich ist. Im übrigen sind aber ihre Unterleibsorgane vollkommen gesund.“ Will er ganz vorsichtig sein, so gibt er der Kranken den Rat, alle Jahre zu einer neuen Untersuchung sich einzustellen.

Die Beispiele ließen sich leicht vermehren. Die mannigfachen, funktionellen Störungen des Magendarmkanals, die leichten Katarrhe des Uterus, die unkomplizierten Lageveränderungen des Uterus, die leichten entzündlichen Veränderungen der Uterusanhänge bedürfen in erster Linie einer beruhigenden Behandlung. Der Arzt muß es als seine Hauptaufgabe betrachten, die Kranken über etwaige Beschwerden zu beruhigen und nicht durch eine allzu eingehende Zergliederung der vorliegenden Veränderungen zu erregen, oder gar durch eine langwierige, nutzlose Behandlung das Nervensystem zu schädigen.

Liegt aber wirklich ein schweres Leiden vor, so muß der Arzt es als seine Pflicht ansehen, unter sorgfältiger Darlegung des Ernstes der Erkrankung, dem Kranken stets die Hoffnungsfreudigkeit und den Lebensmut zu erhalten. Ein freudiger Optimismus muß aus allem Tun und Reden des Arztes hervorleuchten. Das ist oft die schwerste Aufgabe, dem Kranken zu zeigen, daß man sein Leiden wohl mit aller der Natur der Krankheit gerecht werdenden Vorsicht, aber auch mit einer sicheren Zuversicht auf völlige Wiederherstellung betrachtet. Wer so in einer Art von heiterem Ernst seine Kranken durch die Gefährnisse einer langen Infektionskrankheit, einer schweren Ver-

letzung, einer tiefgreifenden Gemütsbedrückung hindurchleiten kann, wer alle in Betracht kommenden schlimmen Möglichkeiten ständig wohl zu würdigen, dabei aber dem Kranken stets mit unerschütterlichem Optimismus den Glauben an die Wiederkehr der Gesundheit zu erhalten versteht, der verdient in der Tat den Namen eines richtigen Heilers (ἰατήϱ).

Dem Kranken die Zuversicht zu erhalten, soll auch unsere Hauptaufgabe bei demjenigen Leiden sein, das dem Menschen gerade in neuerer Zeit mehr und mehr Schrecken einflößt, beim Krebs. Die Krebserkrankung greift so in das Leben nahezu eines jeden Arztes ein, daß er sich stets darüber klar sein muß, wie er sich diesem Krebs gegenüber verhalten soll. Durch die aufklärenden Vorträge, durch die Artikel in den Zeitungen, durch die zahlreichen populären Schriften, durch die vielen Operationen sind die Kenntnisse vom Krebs so in die Laienwelt eingedrungen, daß der Menschheit sich eine gewisse Krebsnervosität bemächtigt hat. Es gibt bald keine Krankheit mehr, hinter der nicht der Laie gelegentlich ein Krebsleiden wittert. „Nun ist die Luft von jenem Spuk so voll, daß man nicht weiß, wie man ihn meiden soll." Wenn wir mit vollem Recht den Kampf gegen die Krebskrankheit führen, so scheint bald nicht minder wichtig der Kampf gegen die Krebsfurcht. So bedeutungsvoll es ist, die Frühdiagnose des Krebses mit allen Mitteln zu fördern, so wesentlich ist es, dem Menschen die Sorge, an Krebs zu leiden, zu nehmen. Dazu gehört neben der entsprechenden seelischen Einstellung des Arztes ein hohes Maß von medizinischer Durchbildung, die auch nicht ein kleines Symptom über-

sehen läßt. So groß die Aufgabe ist, das Vorhandensein eines Krebses zu diagnostizieren, so groß kann die Aufgabe sein, mit Sicherheit das Bestehen eines Krebses auszuschließen. In einem solchen Falle beruhigend zu wirken, ist ein schöner Teil der medizinischen und ärztlichen Kunst.

Noch schwerer, aber auch noch befriedigender ist es, einen Kranken über die Schrecken eines wirklichen Krebses hinwegzubringen. Über diese Aufgabe habe ich mich wiederholt an anderem Orte ausgesprochen, und möchte hier nur sagen, daß meinem Empfinden nach der Arzt weder die Pflicht noch das Recht hat, dem Kranken die Diagnose „Krebs“ mitzuteilen. Das Wort Krebs löst auch bei dem kräftigsten Manne eine solche seelische Erschütterung aus, daß er von da ab die Freude am Leben und an seiner Tätigkeit verliert. Auch die Frau des krebskranken Mannes büßt von dem Augenblick ab, wo sie die Natur der Krankheit erfährt, alle Zuversicht und alle Hoffnungsfreudigkeit ein, deren sie unbedingt bedarf, um dem Mann in der bevorstehenden schweren Zeit Halt und Trost zu sein.

Warum wird von den Ärzten so oft, auch heute noch, den Kranken und deren Angehörigen die Diagnose Krebs mitgeteilt? Ist es allein die Liebe zur Wahrheit? Ist es allein der Drang, in der Praxis immer nur gerade Wege zu gehen und nach allen Seiten offen zu sein?

Ich möchte den Arzt sehen, der ohne eine, sagen wir einmal Unaufrichtigkeit durch die vielfachen schweren Lagen in der Praxis hindurchkommt. Einem im letzten Stadium der Bauchfellentzündung

daliegenden Kranken wird kein Arzt zu sagen wagen, daß er am nächsten Tage tot sein wird. Einem Kranken in dem letzten Stadium der Lungenschwindsucht, der die größten Pläne für die Zukunft macht, wird niemand die Hoffnung auf Besserung nehmen wollen. Für die meisten Menschen ist das Wort Krebs gleichbedeutend mit Lebensende oder mindestens Ende der Lebensfreudigkeit.

„Ewiges Düstere steigt herunter,
Sonne geht nicht auf noch unter,
Bei vollkommnen äußern Sinnen
Wohnen Finsternisse drinnen.“

Trotz all unserer Fortschritte bleibt der Krebs eine gefährliche Erkrankung. Warum sollen wir dem Kranken seine Sorgen mehren, wenn wir es in der Hand haben, ihn durch beruhigende Erklärungen über seine dunklen Grübeleien hinwegzubringen.

Auch ist es gar nicht die Liebe zur Wahrheit allein, die den Arzt zwingt, das Wort Krebs den Kranken und seinen Angehörigen gegenüber in den Mund zu nehmen. Wie oft habe ich von Kollegen sagen gehört: „Ich muß dem Kranken und seiner Familie die Diagnose mitteilen, weil sie sonst bei einem anderen Kollegen sicherlich den wahren Namen des Leidens erfahren, und weil ich dann als ein Ignorant dastehe.“ Wie oft habe ich es erlebt, daß ich einem Kollegen folgendes geschrieben habe: „Der Herr X. leidet nach unseren Untersuchungen an einem beginnenden Karzinom des Pylorus. Ich habe ihm das wahre Leiden verschwiegen, um den Kranken nicht zu ängstigen, ich habe ihm nur von einer Verengerung des Magenausgangs gesprochen.

Zur Heilung des Leidens halte ich eine Operation für unbedingt erforderlich.“ Im Anschluß an diesen Brief, in dem die verschiedenen Untersuchungsergebnisse und diagnostischen Fragen ausführlich erörtert waren, kam nach einigen Tagen der Kranke wieder zu mir, bereit, sich operieren zu lassen, und sagte: „Mein Doktor hat mir Ihren Brief vorgelesen, daraufhin bin ich sofort zur Operation hergekommen.“

Es gibt zweifellos robuste Menschen, die das Wort Karzinom nicht so schwer nehmen. Die große Mehrzahl ist aber anders eingestellt und wird durch die Bekanntgabe des Krebsleidens wohl für immer einer gedrückten und verzweifelten Stimmung ausgeliefert.

Es ist auch insofern sehr bequem, die Diagnose Krebs auszusprechen, als man dadurch gewissermaßen der Verpflichtung, das Leiden zu heilen, enthoben ist. Da läßt sich nichts machen, heißt es in der Familie und im Publikum, und so darf man den Kranken seinem Schicksal überlassen.

Freilich ist diese Methode wesentlich einfacher als die andere, bei der man durch freundliche Zusprache dem Kranken seine Sorgen nimmt, ihm in vorsichtiger Weise die Notwendigkeit einer Operation auseinandersetzt oder bei inoperablem Leiden ihn über all die Schrecken des unheilbaren Krebses hinwegbringt. Das ist wohl die schwerste aller ärztlichen Aufgaben, Tag für Tag einen unheilbaren Krebskranken zu besuchen, immer neue Erklärungen für das Ausbleiben der Besserung zu ersinnen und immer neue Mittel zur Linderung der mehr und mehr zunehmenden Beschwerden auszudenken. Das gilt nicht nur für das Verhalten gegenüber dem Kranken

selbst. Wie viele Frauen habe ich gesprochen, die von mir über die wahre Natur des Krebsleidens ihres Mannes im Unklaren gehalten wurden. Nach dem Todes des Mannes habe ich ihnen natürlich die wahre Diagnose mitgeteilt. Alle haben mir erklärt, wie dankbar sie seien, daß man ihnen die Art des Leidens verschwiegen hätte; nur dadurch sei es für sie möglich gewesen, dem Manne mit solcher Sicherheit und Fröhlichkeit gegenüberzutreten.

Es ist zuzugeben, daß der Arzt unter Umständen einen Vorwurf daraus gemacht bekommt, daß er das Krebsleiden nicht richtig erkannt hat. Wer ein richtiger Arzt ist, wird diesen Vorwurf zu ertragen wissen in dem Bewußtsein seiner dem Kranken gegenüber erfüllten Pflicht. Will er aber sichergehen, so kann er einen guten Freund des Kranken oder der Familie in die Sache einweihen und sich so seinen Rücken decken. Man muß aber in dieser Beziehung äußerst vorsichtig bei der Wahl seiner Leute sein. Die Menschen sind unberechenbar und zumal die guten Freunde.

Neben der unverrückbaren Zuversicht soll der Arzt in all den schweren Lagen eine gewisse freudige Heiterkeit sein eigen nennen. Man glaubt es gar nicht, wie genau der Kranke die Psyche des Arztes studiert und ängstlich auf jede Veränderung im Ausdruck, im Blick, im Ton der Sprache achtet. Man soll als Arzt nicht Schauspieler werden. Man soll aber wissen, was man dem Kranken schuldig ist, um ihn nicht durch ein gedrücktes Aussehen zu erschrecken. Wenn man einen Lungenentzündungskranken plötzlich in schwerem Kollaps findet, wenn man bei einem Typhuskranken eine bedrohliche Darmblutung feststellt, wenn man bei einem Speise-

röhrenkranken einen Durchbruch in das Mittelfell erlebt, so soll man dem Kranken nicht zeigen, daß man durch diese Ereignisse überrascht oder gar erschüttert ist. Bei allem Ernst, der der Schwere der Lage gerecht wird, soll man dem Kranken keinen Zweifel lassen, daß auch diese Störungen sich leicht wieder beseitigen lassen.

Am schwersten wird wohl diese Aufgabe für den Chirurgen, der den Erfolg einer großen Operation durch eine komplizierende Lungenentzündung, eine Peritonitis, eine Blutung gefährdet sieht. Voll banger Angst hängt das Auge des Kranken an dem Blick des Arztes. Kein Chirurg ist in diesem Augenblick so seelenruhig, daß er nicht mit Kummer und Trauer den Erfolg seiner Mühe verlorengehen sieht, und doch darf er nicht mit einer Miene den Kranken merken lassen, daß irgendetwas Abnormes sich ereignet hat. Dieselbe ruhige Sicherheit, die bei günstigem Verlauf aus ihm sprechen soll, soll ihm auch bei jeder Störung des Verlaufes treu bleiben.

Diese Zuversichtlichkeit, gepaart mit einem freudigen Ausdruck des Gesichtes und der Sprache, soll sich vom Arzt auf den Kranken und auf die ganze Umgebung übertragen. Wer als leitender Arzt einer Krankenanstalt es versteht, selbst bei sich diese Eigenschaft stets wach zu halten und sie auch bei allen Mitarbeitern erstehen zu lassen, der wird den ihm anvertrauten Kranken auch in schweren Lagen das Beste geben können und wird in den Krankensälen einen gewissen fröhlichen Optimismus zu erzeugen und zu pflegen verstehen.

Es gibt wohl keinen Chirurgen, der nicht durch die Mißerfolge der Tätigkeit schwere Bedrückungen erleidet. Sich aus der so entstehenden trüben Stim-

mung aufzuraffen und äußerlich völlig zuversichtlich und froh zu erscheinen, ist vielleicht noch schwieriger, als eine recht komplizierte Operation auszuführen.

Über seelische Schädigung der chirurgischen Kranken.

Seele und Chirurgie — es ist noch gar nicht so lange her, daß man von den Beziehungen derselben zueinander nicht viel wußte oder nichts wissen wollte. Der Chirurg war der Mann für das Äußere. Hier war die Geschwulst, der Abszeß, der Knochenbruch. Der Chirurg traf seine Maßnahmen, beseitigte den Schaden, und Arzt und Kranker waren im allgemeinen zufrieden. Von seelischen Dingen wurde nicht viel geredet, ein wenig Schweigsamkeit und Grobheit auf seiten des Chirurgen wurde oft als ein gewisser Vorzug gedeutet.

Heute, wo die Chirurgie weit in die Gebiete der inneren Medizin übergreift, ist das ja wohl im allgemeinen anders geworden. Der Chirurg muß Seelenarzt sein wie jeder andere.

Aber auch heute geht im Drange der Geschäfte der Gedanke daran, daß der Kranke nicht nur ein belangreicher Fall, sondern vor allen Dingen ein Mensch mit Seele und Empfindung ist, zu oft verloren. Wenn ein Arzt an einem Morgen 5, 10 oder mehr Operationen zu machen hat, so vergißt er über dem wissenschaftlichen und technischen Teil seiner Aufgabe leicht das, was in dem Innern des Kranken vor sich geht. Es sind nur wenige, die das Gefühl dafür angeboren besitzen. Diejenigen, die von der Natur nicht damit begabt sind, sollten sich nach Kräften bemühen, es sich anzueignen. Es

geht wie mit der Höflichkeit. Es gibt eine Höflichkeit des Herzens, die man mit auf die Welt bringt, und die auch in den schwierigsten Lebenslagen nicht versagt. Derjenige, dem diese Gabe von Natur nicht geschenkt worden ist, kann sich als Ersatz sehr wohl die Höflichkeit der Form aneignen, die von jedem Kulturmenschen gefordert werden muß. Durch Eifer und Übung läßt sich ein solcher Ersatz mehr und mehr vervollkommnen.

Die Fähigkeit, auf die seelischen Empfindungen des Kranken einzugehen, ist den wenigsten Ärzten angeboren. Der Hauptteil solcher psychologischer Eigenschaften muß in der Praxis erworben werden. Aber auch die Schule sollte sich mehr dieser Sache annehmen, als sie bisher getan hat. Wer von uns hat in den Kliniken etwas über die psychologischen Vorgänge bei den körperlich Kranken gehört, und wo ist uns die Wichtigkeit der Psychotherapie bei inneren und chirurgischen Kranken klargemacht worden? Die Kurpfuscherei, gegen die wir mit anderen, zum Teil ganz ungeeigneten Mitteln ankämpfen, würde sicherlich nicht diese Ausdehnung gewonnen haben, wenn die Ärzte beizeiten die Wichtigkeit der Psychotherapie erfaßt hätten. Noch ist es nicht zu spät. Das aber ist sicher: wenn die jungen Medizinergehirne es nicht täglich eingehämmert bekommen, daß zur Heilung eines Kranken nicht nur die Einsicht in die betreffenden chemischen, serologischen und anatomischen Vorgänge und weiter die Kenntnisse der physikalischen, diätetischen und medikamentösen Therapie nötig sind, sondern daß vor allen Dingen die Beschäftigung mit den seelischen Vorgängen bei den Kranken Grundbedingung ist, so wird der von uns allen erstrebte Wiederaufstieg des Ärztestandes nicht zu erwarten sein.

Die seelische Erregung, die jeden Kranken beschleicht, der sich zur Befragung eines Arztes entschließt, muß dann besonders groß sein, wenn es sich um die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Operation handelt. Der Kranke versteht in dieser Erregung vieles vollkommen falsch und macht sich manchmal von der Erkrankung und der geplanten Operation die düstersten Vorstellungen.

Die seelische Vorbereitung des Kranken in der Sprechstunde hat auf diese Erregung des Kranken die nötige Rücksicht zu nehmen. Hier sind Beruhigen und Aufrichten die wichtigsten Aufgaben des Arztes. Was man dem Kranken über die Art seines Leidens mitteilen soll, darüber habe ich mich vor 2 Jahren ausführlicher ausgesprochen. Ich will hier nicht näher darauf eingehen und möchte nur hervorheben, daß man gerade bei der Erörterung der Operationsfrage sich der Auffassungsfähigkeit des Kranken anpassen und vor allen Dingen immer die Heilbarkeit des Leidens betonen soll. Sicherlich hat jeder Kranke ein volles Recht darauf, von dem Chirurgen über die Bedeutung der Erkrankung und über die zu ihrer Beseitigung erforderlichen Maßnahmen ausgiebig aufgeklärt zu werden. Wie weit man in dieser Aufklärung zu gehen hat, das hängt von der Beeinflußbarkeit des Kranken und von dem Takt des Arztes ab. Bei manchen Kranken genügt es, einfach die Diagnose zu nennen und hinzuzufügen: Sie müssen morgen operiert werden. Ein anderer verlangt eine gründliche Darlegung der Krankheitsverhältnisse und eine eingehende Erörterung der Operationsaussichten. Man hüte sich in solchen Fällen, sich allzusehr in anatomische und technische Einzelheiten zu verlieren. Bei akuten Fällen, wo Eile nottut, muß man ja oft

den Kranken auf den Ernst der Lage hinweisen und darf dann auch mit Ausdrücken wie Brand, Darmverschluß, Bauchfellentzündung, Geschwürdurchbruch nicht zurückhalten. Wenn es aber ohne dieses kräftige Mittel geht, dann ist es besser, allgemein nur von Verwachsungen, Verhärtungen, Verdickungen zu sprechen, und man wird auch damit zum Ziele kommen.

Daß man das Wort Krebs nicht gebrauchen darf, halte ich für selbstverständlich. Auch darüber habe ich mich an anderer Stelle schon ausführlich ausgesprochen. Der ist ein schlechter Arzt und Psychologe, der mit dem Worte Krebs einen Kranken zur Operation zu überreden versucht. Der kleine Vorteil, den er in diesem Augenblick erreicht, steht in keinem Verhältnis zu dem großen Schaden, den er in dem Gedankengang des Kranken für dessen Lebensdauer anrichtet. Ein richtiger Unfug ist es, wenn man bei einem durchaus harmlosen Leiden (Brustdrüsenfibrom, Mastdarmfistel, Hämorrhoiden) den Kranken dadurch zur Operation zu überreden versucht, daß man ihm sagt, es könne sich einmal ein Krebs daraus entwickeln.

Ein großer Teil der Kranken sagt: „Herr Doktor, Sie sagen mir nicht die volle Wahrheit. Ich bitte, mir alles zu sagen, ich bin auf das Äußerste gefaßt.“ Derjenige Arzt ist schlecht beraten, der dadurch sich bewegen läßt, die Diagnose „Krebs“ auszusprechen.

Abgesehen davon, daß auch der robusteste Kranke bei einer derartigen Eröffnung einen schweren psychischen Schock bekommt, kann es sich ereignen, daß der Arzt später den Vorwurf zu hören bekommt: so etwas hätte er mir doch nicht mitteilen dürfen.

Über die Art des Eingriffes soll man sich dem Kranken gegenüber stets nur in möglichst all-

gemeiner Weise äußern. Wie muß es den Kranken erregen, wenn ihm mitgeteilt wird, daß ihm der halbe Magen, ein großer Teil des Querdarms, der ganze Mastdarm entfernt werden soll. Es genügt vollkommen, zu sagen, daß ein Eingriff an dem und dem Organ nötig ist.

Wird bei einer Mastdarmoperation voraussichtlich die Anlegung eines künstlichen Afters notwendig sein, so soll man auch damit den Kranken nicht erschrecken. Der Kranke stellt sich vorher den Zustand immer viel entsetzlicher vor, als er in Wirklichkeit ist; mit der vollzogenen Tatsache hat sich später noch jeder abgefunden. Die nächsten Angehörigen (Mann, Frau, Kinder) soll man allerdings auf diese Folge der Operation hinweisen; das erfordert die Klugheit, da es sich gelegentlich doch einmal ereignet, daß dem Chirurgen eine solche Unterlassung zum Vorwurf gemacht wird.

Wenn bei der Operation einer Blinddarmentzündung nur der Abszeß eröffnet und der Wurmfortsatz zurückgelassen wurde, so soll man den Kranken nicht dadurch belästigen, daß man ihm sofort nach der Operation die Notwendigkeit eines zweiten Eingriffes mitteilt. Dazu ist es noch eine lange Frist. Ich habe in einem solchen Falle schon wiederholt dem Kranken überhaupt nicht gesagt, daß der Blinddarm nachträglich entfernt werden muß, sondern habe ihm nur mitgeteilt, daß noch eine leichte Verwachsung zu lösen sei.

Recht schwere Aufgaben erwachsen dem Chirurgen bei den Basedowkranken. Beim Basedowkranken ist es oft notwendig, den Eingriff auf mehrere Sitzungen zu verteilen. Bei sehr erregtem Herzen soll man dem Kranken nicht zu viel zumuten und soll in der ersten Sitzung nur die Resektion der einen

Hälfte oder gar nur die Unterbindung von zwei Arterien vornehmen. Ich halte es nicht für zweckmäßig, dem Kranken schon vor der ersten Operation mitzuteilen, daß wahrscheinlich noch mehr Eingriffe notwendig sein werden. Die Basedowkranken, die bekanntlich gegen alle psychischen Einflüsse sehr empfindlich sind, werden durch solch eine Mitteilung sicherlich in der Genesung behindert. Ich bin im allgemeinen gut dabei gefahren, daß ich zunächst nur die eine Hälfte der Struma reseziert, später dem Kranken mitgeteilt habe, daß noch eine kleine Nachoperation vorzunehmen sei, und dann die andere Hälfte entfernt habe. Nur eine Kranke hat mir dies Verfahren sehr übel genommen. Die sonst sehr liebenswürdige und dankbare Kranke war dadurch, daß ich ihr die Notwendigkeit einer zweiten Operation verschwiegen hatte, richtig gekränkt und hat mir deswegen die schwersten Vorwürfe gemacht. Ich glaube aber trotzdem auch in diesem Falle richtig gehandelt zu haben.

Beim Eintritt in das Krankenhaus sind von dem Kranken alle Eindrücke fernzuhalten, die seine Sorgen wegen der bevorstehenden Operation vermehren können. Bei den Anforderungen, die heute an die technische Vorbereitung einer Operation gestellt werden, ist es notwendig, nahezu alle Eingriffe in einem gut eingerichteten Krankenhaus vorzunehmen. Das Krankenhaus läßt sich nicht umgehen. Das wäre ja auch weiter nicht schlimm, wenn sich nicht mit dem Begriff des Krankenhauses für viele Kranke recht wenig erfreuliche Erinnerungen verbinden würden. Trotz aller Fortschritte der Baukunst ist der Mehrzahl unserer Krankenanstalten, auch den neuesten, das kasernenartige nicht genommen worden. Die langen, oft 100 m und

mehr sich hinziehenden kahlen Gänge lassen ein niederdrückendes Gefühl der Öde aufkommen. Beim Eintritt empfängt den Besucher die eigentümliche Krankenhausluft, die eine seltsame Mischung von Lysol, Jodoform, Wasserdampf und Schlimmerem darstellt.

Dem Eingang gegenüber wird man vielfach durch größere und kleinere Schilder darauf hingewiesen, daß hier der Weg zum Operationssaal geht. Wenn gar noch ein Kranker auf einer Bahre hinein- oder herausgetragen wird, so ist das Maß der Unlustgefühle für die Neuankommenden reichlich gefüllt.

Wenn man selbst einmal zur Vornahme einer Operation in ein Krankenhaus eingetreten ist, ganz erfüllt von dem Gedanken an die bevorstehenden Ereignisse, so kann man sich, auch wenn man nicht zu den ganz ängstlichen Naturen gehört, ungefähr eine Vorstellung machen von der Wirkung, die alle diese Dinge auf das Empfinden des Ankömmlings ausüben.

Warum soll es nicht möglich sein, unseren Krankenanstalten das Kasernenartige zu nehmen? Muß man unbedingt große Häuser für 200 und mehr Kranke bauen? Hier erwachsen unseren zahlreichen begabten Architekten die dankbarsten Aufgaben. Man stelle die nicht zu großen Krankenhäuser mitten in große Gärten hinein, errichte sie im Stile eines behaglichen Wohnhauses, umgebe sie mit Blumen auf allen Seiten, schaffe ihnen eine freundliche, mit Blumen und Bildern geschmückte Empfangshalle, wo eine freundliche Pförtnerin mit frohem Gesicht den Ankömmling bewillkommnet. In dieser Empfangshalle darf nichts darauf hinweisen, daß sich in diesem Hause Schwerkranke befinden, oder daß gar hier operiert wird. Alle Krankentransporte

müssen, dem Ankömmling unsichtbar, über einen hinteren Gang und durch besondere Türen und Pforten gehen. Von der Halle aus muß ein breiter und behaglicher Gang zu den Krankenzimmern führen, an deren Eingang die Zimmernummern ganz unaufdringlich, nur dem Kundigen sichtbar, angebracht sind.

Das Krankenzimmer selbst unterscheide sich möglichst wenig von einem behaglichen Privatzimmer. Freundliche, einfache helle Farben der Wände, glatte waschbare Vorhänge, Decken und Bezüge, Blumen an den Fenstern, an den Wänden einige gute Reproduktionen unserer alten Meister. Dem Wandschmuck schenke man seine besondere Aufmerksamkeit. Anstatt der üblichen Ramschware suche man eigenhändig einige gute Wiedergaben unserer Großen aus. *Dürer, Holbein, Rembrandt, Matthias Grünewald, Altdorfer* sind in ausgezeichneten Reproduktionen in billigen Ausgaben zu haben. Anstatt der religiösen Sprüche, die auf die Dauer abstumpfen, wähle man eines von den herrlichen religiösen Bildern der eben genannten Künstler, die für viele Kranke oft eine bessere Erbauung sind. Hier darf man ruhig einmal, ohne seine völkischen Empfindungen zu verletzen, auch einen *Michelangelo, Raffael, Lionardo, Signorelli,* und wie die Gewaltigen der Renaissance alle heißen, auswählen.

Dieselbe freundliche Aufmerksamkeit, die man den Privatzimmern erweist, schenke man auch den Zimmern, in denen mehrere Kranke beisammen liegen. Auch der einfachste Kranke ist für einen sonnigen Raum mit Blumen an den Fenstern und mit hübschen Bildern an der Wand, auf denen sein Blick gerne verweilt, von Herzen dankbar. Daß man in den neueren Krankenanstalten nicht mehr

die großen Säle für 20 und mehr Kranke schafft, sondern kleinere Zimmer für 6 und 8 und weniger Kranke baut, ist besonders begrüßenswert.

Der Empfang der Kranken im Krankenhaus seitens der Ärzte und des Personals sei besonders herzlich. Der Kranke soll die Empfindung haben, daß Ärzte und Pflegerinnen heute nur für ihn da sind, und daß sie alles aufbieten, um ihm die sorgenvollen Gedanken zu nehmen. Der Arzt spreche ihm noch einmal freundlich zu, weise ihn darauf hin, daß der Eingriff gewiß gefahrlos sein wird, und daß die sonstigen Körperverhältnisse des Kranken die beste Aussicht für ein gutes Gelingen der Operation bieten. Ein kurzer Hinweis auf Kranke mit dem gleichen Leiden, die erst in den letzten Tagen die Anstalt völlig geheilt verlassen haben, wird hier stets von bester Wirkung sein.

Auch die Wärter und Schwestern müssen angehalten werden, dem Kranken freundlich zuzusprechen. Daß eine Pflegerin zu dem Kranken sagt: „Da werden Sie einmal schauen, was Sie auszuhalten haben und was Sie für Schmerzen bekommen", wird sich heute wohl nicht mehr ereignen. De Arzt soll es sich aber nicht verdrießen lassen, sein Pflegepersonal in dieser Beziehung immer von neuem genau selbst zu unterrichten. Auch treffe man, wenn möglich, eine Auswahl unter den Kranken, die mit dem Neuankömmling dasselbe Zimmer zu teilen haben. Der Mehrzahl unserer Kranken ist das Trösten und Beruhigen nicht sehr sympathisch. Im Gegenteil. Die meisten finden eine Befriedigung darin, die Unannehmlichkeiten und Schmerzen ihrer Operation dem Neuen möglichst schlimm darzustellen. Solche Kranke, die der Arzt leicht kennt, schließt er am besten von der Zimmergemeinschaft

mit den Neueintretenden aus. Insbesondere vermeide man, Kranke mit dem gleichen Leiden, denen es nicht ganz gut gegangen ist, mit den neuen Kranken zusammenzulegen.

Für sehr erregte Kranke (Basedow) ist immer in den ersten Tagen ein eigenes Zimmer empfehlenswert. Notwendig ist ein eigenes Zimmer besonders dann, wenn bei diesen Kranken eine längere Vorbereitungskur notwendig ist. Auf diese Kranken wirkt es außerordentlich niederdrückend, wenn sie von ihren Zimmergenossen täglich einen oder den anderen in tiefer Narkose aus dem Operationssaale herauskommen sehen.

Für solche Kranke ist eine ganz besondere seelische Zusprache notwendig. Man sorge auch dafür, daß bei dem täglichen ärztlichen Rundgang nicht der ganze sogenannte „Visitenschwarm“ mit in das Zimmer hineingeht und den Kranken anstarrt. Durch das Übersehen dieser Vorsichtsmaßregel wird oft der ganze Vorteil der vorbereitenden Behandlung hinfällig.

Die Mehrzahl der Kranken wird von dem Augenblick ab, wo sie im Krankenzimmer sind, erfreulicherweise vollkommen ruhig. Die nochmalige gründliche Untersuchung, die freundliche Zusprache des Arztes, die Aussprache mit einer guten, mitfühlenden Schwester lassen in dem Kranken das Gefühl aufkommen, daß in diesem Hause alles darauf eingestellt ist, um ihn möglichst schnell und in schonender Weise wieder herzustellen. Wie oft kann man von dem Kranken hören: „Herr Doktor, seit ich bei Ihnen in der Krankenanstalt bin, habe ich gar keine Angst mehr.“

Bei vielen Kranken ist vor der Operation eine Vorbehandlung notwendig. Bei Magenkranken ist

oft eine mehrmalige Magenspülung vorzunehmen. Bei Darmstenosen ist der Darm gründlich zu entleeren. Kranke mit Herzinsuffizienz und Bronchitis benötigen einige Tage Bettruhe und eine entsprechende Behandlung des Herzens und der Bronchien. Einer ganz besonderen Behandlung sind die Basedowkranken (Thyreose III) bedürftig. Solche Kranke sollen mehrere Tage liegen, von aller Aufregung ferngehalten werden, eine Kühlschlange um Hals und Herz bekommen und entsprechend psychisch beruhigt werden. Wie lange man diese Vorbereitungskur ausdehnen soll, läßt sich nicht immer sagen. Der Kranke hat im allgemeinen den Wunsch, die Vorbereitungskur möglichst abzukürzen. Er möchte am liebsten sofort, nachdem er in das Haus eingetreten ist, operiert werden. Die Vorbereitung zu lange auszudehnen, dürfte im allgemeinen nicht zweckmäßig sein. Bei allen Herzstörungen und besonders beim Basedow warte ich gerne ab, bis die Unruhe des Herzens sich einigermaßen gelegt hat. Bei allen thyreotoxischen Herzveränderungen habe ich schon wiederholt bis zu 14 Tagen zugewartet. Ich befinde mich da im Gegensatz zu *Liek*, der die Wartezeit nicht über einige Tage ausgedehnt haben will, weil er dadurch eine Schädigung der Psyche des Kranken befürchtet.

Wenn man die Kranken in eine geeignete Umgebung bringt und dafür sorgt, daß sie andauernd durch Ärzte und Schwestern den richtigen Zuspruch bekommen, so habe ich von einer längeren Vorbereitungskur nie einen Nachteil, wohl aber oft einen großen Vorteil gesehen.

Eine unruhige Nacht vor der Operation macht die nachteiligen Wirkungen jedes Eingriffes weit größer und die Widerstandskraft des Kranken weit

geringer. Es ist daher wohl allgemeine Sitte, jedem Kranken vor der Operation ein gutes Schlafmittel (Veronal 0,5) zu verabreichen.

Die ungefähre Stunde der Operation soll dem Kranken schon am Tage vorher mitgeteilt werden. Ist in einem Krankenhaus viel zu tun, so läßt sich natürlich die genaue Zeit für jede einzelne Operation nicht festsetzen. Ungefähr muß aber der Kranke die Zeit genannt bekommen. Es geht nicht an, daß man den Kranken morgens 9 Uhr in den Vorbereitungsraum kommen und ihn dort bis 2 Uhr warten läßt, um ihm dann mitzuteilen, daß die Operation erst am nächsten Tage stattfinden könne.

Je nach der Stunde der Operation wird man auch die Frage der Nahrungsaufnahme am Morgen des Operationstages zu regeln haben. Kranke, die in der Frühe um 7 Uhr oder 8 Uhr operiert werden, müssen selbstverständlich nüchtern bleiben. Allen später zur Operation kommenden Kranken soll man aber ohne Bedenken eine Tasse dünnen Tees erlauben. Diese unbedeutende Flüssigkeitsmenge hat den Magen nach 2 Stunden wieder verlassen und vermag so irgendwelchen Schaden nicht anzurichten. Auch bei Magenkranken ohne Stenose braucht man von dieser Regel nicht abzuweichen. Bei Stenose hingegen soll der Magen völlig leer bleiben.

Die Vorbereitungen zur Operation sollen sich in der Weise abspielen, daß sie von dem Kranken nicht bemerkt werden. Es bedeutet für jeden Kranken eine schwere psychische Bedrückung, wenn er schon vor Beginn der Operation in den Operationssaal hineingeführt oder gar auf den Operationstisch gelegt und dort angeschnallt wird. Hört er dann in seiner Nähe noch das Klappern

der Schüsseln und Instrumente, und hört er die Ärzte sich über gleichgültige Dinge unterhalten, so kann auch dem Mutigsten die seelische Widerstandskraft ausgehen.

Alle Vorbereitungen zur Operation sollen in einem Nebenraum getroffen werden. Am einfachsten wäre es, wenn die Desinfektion des Operationsfeldes und die Betäubung des Kranken im Bett vorgenommen werden könnten. Aus räumlichen Gründen ist das oft unmöglich, und bei denjenigen Operationen, die in örtlicher Betäubung gemacht werden sollen, oft undurchführbar oder wenigstens sehr umständlich. Bei sehr ängstlichen Frauen ist es aber eine unbedingte Pflicht der Menschenfreundlichkeit, einem derartigen Wunsch der Kranken nachzukommen. Der Arzt hat dabei den Vorteil, daß sich die Narkose viel schneller und ruhiger einstellt. Die Kranke schläft in ihrem Bett ein und wacht in ihrem Bett auf. Sie sieht und hört nichts von allem, was in und neben dem Operationssaal vorgeht: der seelische Schock ist sicher viel geringer.

Über die Betäubung ist vom psychologischen Standpunkt aus allerlei zu sagen. Ob die örtliche oder die allgemeine Betäubung die seelische Kraft des Kranken mehr in Anspruch nimmt, ist schwer zu entscheiden und ist auch wohl individuell sehr verschieden. Es gibt Kranke, die bestimmt erklären: „Herr Doktor, ich will von der ganzen Operation nichts wissen, bitte betäuben Sie mich.“ Und es gibt wieder andere, die erklären: „Die allgemeine Betäubung ist mir ein großer Schrecken, bitte machen Sie nur örtlich die Teile unempfindlich.“ Derartige Wünsche der Kranken müssen für uns in erster Linie maßgebend sein. Natürlich wird man bei der Operation eines einfachen Atheroms oder einer Warze

nicht zur Äthernarkose greifen, auch wenn der Kranke eine allgemeine Betäubung wünscht: durch freundlichen Zuspruch und durch beruhigende Belehrung wird es in einem solchen Falle immer gelingen, den Kranken von der Harmlosigkeit und von der Schmerzlosigkeit des Eingriffes zu überzeugen. Handelt es sich aber um einen etwas größeren Eingriff, wie um die Radikaloperation einer Hernie, bei der man in der Regel mit bestem Erfolg die örtliche Betäubung anwendet, so wird man dem Wunsche des Kranken nach einer allgemeinen Narkose gerne willfahren, wenn keine weiteren Bedenken (hohes Alter, Erkrankungen des Herzens und der Gefäße) im Wege stehen.

Ich persönlich neige mit zunehmender Erfahrung mehr und mehr zur allgemeinen Betäubung. Es ist gewiß zuzugeben, daß in vielen Fällen es im Interesse des Kranken sehr erwünscht ist, die Schäden der allgemeinen Narkose völlig auszuschalten. Weit wichtiger erscheint es mir aber, einen seelischen Schaden zu verhüten, und ein solcher entsteht sicherlich leichter bei einer örtlichen Betäubung. Sich bei wachen Sinnen den Schädel aufmeißeln oder den Bauch aufschneiden zu lassen, dazu gehört schon ein gerüttelt Maß von seelischer Tapferkeit, über das nicht ein jeder verfügt. Frage doch jeder Chirurg einmal sich selbst, was er in einem solchen Falle vorziehen würde, die örtliche oder die allgemeine Betäubung; ich glaube, die Antwort würde ziemlich einheitlich lauten. Bei einer Struma, bei der ich früher grundsätzlich die örtliche Betäubung erzwungen habe, mache ich ebenso grundsätzlich jetzt die Operation in allgemeiner Betäubung: Ärzte und Kranke sind sehr zufrieden damit, und die Rekurrenslähmungen haben sich nicht vermehrt.

Bei der Einleitung der Narkose verdienen die Regeln der Psychotherapie entschieden eine ganz besondere Berücksichtigung. Es ist nicht zu billigen, daß irgendein junger, dem Kranken bis dahin ganz unbekannter Mann eine Maske nimmt, sie dem Kranken auf die Nase legt und nun nach den Regeln der Kunst dem Kranken die vorgeschriebene Menge Äther aufträufelt. Wie kommt es dann, daß eine ältere, erfahrene Schwester in der Regel viel ruhigere Narkosen macht und mit viel weniger Äther auskommt, als ein junger Praktikant oder Assistenzarzt? Weil sie mit ihrem Gefühl dabei ist und von vornherein eine ganz andere seelische Verbindung zwischen sich und dem Kranken herstellt. Wir wissen, daß bei nicht wenigen Kranken Operationen in Hypnose vorgenommen werden können. Vielleicht gelingt es noch einmal, die Hypnose zum Zweck der Betäubung weiter auszubauen. Eine gewisse hypnotische Beeinflussung seiner Kranken sollte aber jeder Arzt, der die Narkose unternimmt, entfalten. Es ist für mich kein Zweifel, daß derjenige, der seine Kranken suggestiv zu beeinflussen vermag, weniger von dem Narkosemittel verbraucht als derjenige, der sich um den Seelenzustand seines Kranken in keiner Weise kümmert. Der beste Narkotiseur ist derjenige, der einen persönlichen Kontakt zwischen sich und dem Kranken herzustellen vermag, und ich glaube gewiß, daß darauf der Ruf so manches guten Narkotiseurs beruht.

In München kannte ich einen Kollegen, der als Arzt in keiner Weise etwas Bedeutendes leistete, der es aber verstand, mit den geringsten Mengen Äther ganz ausgezeichnete Narkosen herbeizuführen. Das war ein solcher Arzt, der seine Kranken gut zu beeinflussen verstand, der mit allen seinen Sinnen bei

der Narkose dabei war, sich allerdings sonst um den Operationsverlauf in keiner Weise kümmerte.

Am besten wäre es, wenn der Operateur, zu dessen Kunst der Kranke Vertrauen gefaßt hat, selbst die Narkose vornehmen könnte. Da das leider nicht geht, so soll er wenigstens bei der Einleitung der Narkose so lange zugegen sein, bis der Kranke über den ersten Erregungszustand hinaus ist.

Jeder Kranke sträubt sich zunächst gegen die aufgelegte Maske und klagt über das unangenehme Erstickungsgefühl. Man vermeide es darum, sofort die mit Äther beschickte Maske auf die Nase aufzulegen. Sehr angenehm empfinden es die Kranken, wenn man sie am Anfang nur Kölnisches Wasser einatmen läßt und erst allmählich Äther hinzufügt. Das Zählen ist immer eine gute Methode, um die Aufmerksamkeit des Kranken abzulenken und ihn zum ruhigen Atmen zu veranlassen.

Die Nachbehandlung der chirurgischen Kranken ist dank der Fortschritte der Wundbehandlung und der Technik heute in der Mehrzahl der Fälle so einfach, daß besondere körperliche Beschwerden und seelische Schädigungen damit nicht verbunden sind. Immerhin gibt es noch Fälle genug, in denen an die körperliche und seelische Widerstandskraft der Kranken große Ansprüche gestellt werden.

Das erste Erfordernis für die Nachbehandlung ist die Ruhe. Dazu gehört vornehmlich die Fernhaltung aller besorgten und teilnehmenden Verwandten und Freunde; auch der nächsten und besten. Am 1. Tage nach der Operation verbietet man am besten jeden Besuch. Am 2. Tage kann ein nahestehender Angehöriger (Mutter, Frau, ältere Kinder) für kurze Zeit kommen. Den Besuch der Freunde und Bekannten verschiebt man am besten

mindestens 8 Tage lang. Es ist unglaublich, was man da alles erlebt. Erst vor kurzem behandelte ich einen bekannten Schulmann wegen eines inoperablen Sarkoms. Ein Kollege, der ihn nach 14 Tagen besuchte, erfreute ihn mit den Worten: „Sehen Sie nur zu, daß die Geschwulst nicht wieder kommt. Ein Bekannter von mir ist erst vor kurzem an einem Rückfalle gestorben.“ Oder eine Frau ist wegen einer harmlosen Brustgeschwulst operiert. Nach 8 Tagen kommt die Freundin und beglückt sie mit folgenden Worten: „Schauen Sie nur zu, daß das nicht krebsig wird. Ein Geschwisterkind von mir hat 1 Jahr nach derselben Operation den Brustkrebs bekommen.“

Derartige Beispiele lassen sich in das Unendliche vermehren.

Daß der Kranke auf eine völlige Schmerzlosigkeit der Nachbehandlung Anspruch hat, ist selbstverständlich. Dem Kranken, der eben eine große Operation durchgemacht hat, soll jede Unannehmlichkeit des Verbandwechsels erspart werden. Je mehr der Arzt diese Regel befolgt, desto schneller wird die seelische Erholung des Kranken fortschreiten. Zu den Unannehmlichkeiten des Verbandwechsels gehört nicht nur das Manipulieren an der Wunde. Auch die Vorbereitungen, die dem Verbandwechsel vorangehen, bedrücken viele Kranke schwer. Die Frau, die ganz standhaft der Operation entgegengesehen hat, wird erregt, wenn sie erfährt, daß am nächsten Tag die Fäden entfernt werden sollen. Man soll von dem Verbandwechsel nicht viel reden und ihn dem Kranken gegenüber stets als etwas ganz Harmloses hinstellen. Wenn das Verbinden nicht einen allzu großen Apparat erfordert, soll es im Bett des Kranken vorgenommen

werden. Geschieht es in einem Krankensaal, so müssen ein oder zwei Wandschirme die Wunde den neugierigen Blicken der anderen Kranken entziehen.

Die für die Schmerzlosigkeit des Verbandwechsels geltenden Vorschriften habe ich an einer anderen Stelle zusammengestellt. Wenn man sich als Grundsatz für jeden Verbandwechsel den Satz einprägt: „Noli me tangere", so hat man damit die Hauptsache aller Forderungen erfüllt.

Über Schmerzverhütung.

August Bier sagt einmal: „Der Arzt darf keinen Schmerz bereiten." Wenn der Arzt und besonders der Chirurg sich auch nach bestem Können bemüht, dieser Forderung *Biers* nachzukommen, ganz schmerzlos ist unsere Behandlung leider nicht zu machen. Man denke nur an die vielen Verbände, bei denen gewisse schmerzhafte Empfindungen stets ausgelöst werden, wenn man sich nicht entschließt, bei jedem Verbandwechsel eine Narkose einzuleiten. Man denke weiter an die örtliche Betäubung, bei der die ersten Einspritzungen nicht selten eine recht unangenehme Schmerzempfindung hervorrufen. Man erinnere sich an die vielen diagnostischen Methoden: Pleurapunktion, Bauchpunktion, Abszeßpunktion, Zystoskopie, Rektoskopie, die trotz aller Bemühungen, ganz schmerzlos nicht zu gestalten sind. Und ist denn unsere Lokalanästhesie wirklich immer ganz vollkommen? Wenn man die Lehrbücher darüber liest, so möchte man wohl glauben, daß eine Magenresektion, eine Kropfresektion, eine Mammaamputation, eine Gehirnoperation ohne wesentliche Schmer-

zen in örtlicher Betäubung durchgeführt werden kann. Wenn man aber in der Praxis den Verlauf solcher Operationen verfolgt, so muß man doch zu der Erkenntnis kommen, daß eine gewisse Schmerzempfindung auch bei einer guten örtlichen Betäubung manchmal übrigbleibt.

Wenn man von schmerzloser Behandlung spricht, so muß man das immer mit einer gewissen Einschränkung tun und gestehen, daß eine durchaus schmerzlose Behandlung ohne Allgemeinnarkose kaum möglich ist.

Wenn somit auch die Unvollkommenheit unseres Tuns zweifellos zugestanden werden muß, so dürfen wir deswegen doch nicht die Hände in den Schoß legen. Sicherlich sind all unsere Betäubungsmethoden noch wesentlich zu verbessern, und vor allen Dingen verfügen wir über die Möglichkeit, durch richtige Einwirkung auf das Empfindungsleben des Kranken die Schmerzhaftigkeit unserer Manipulationen herabzusetzen. Viele unserer chirurgischen Kollegen wissen leider nicht, wie sie es in der Hand haben, durch geschickte psychische Behandlung der Kranken die Schmerzhaftigkeit ihrer Behandlungsmethoden zu lindern. Jede Einspritzung tut weh. Jedes Betasten eines schmerzhaften Fingers ist höchst unangenehm. Jedes Abnehmen eines angeklebten Verbandes löst Schmerzempfindungen aus. Jede Mastdarmuntersuchung, jede Rektoskopie, von der Zystoskopie gar nicht zu reden, wird von dem Untersuchten unangenehm empfunden. Und doch lassen sich durch geeignete Maßnahmen die unangenehmen Seiten aller dieser Manipulationen nahezu vollkommen beseitigen.

Um diesen Zweck zu erreichen, benötigt der Arzt eine sorgfältige Einfühlung in die Psyche seines

Kranken. Der Arzt muß immer daran denken, daß viele Kranke schon der allereinfachsten Untersuchung mit einer gewissen Angst entgegensehen, und daß sie manchmal allein durch den Anblick eines harmlosen Instrumentes (Pinzette, Schere) in höchstem Grade erschreckt werden. Der vorsichtige und feinfühlige Arzt soll vor jeder irgendwie ungewöhnlichen Untersuchung seinen Kranken kurz erklären, um was es sich handelt und ihnen versichern, daß irgendein Schmerz bestimmt nicht eintreten wird. Auch soll er alle Manipulationen ohne jede Hast und ohne jede Kraftanwendung vornehmen. Der Arzt soll nie vergessen, daß er unter Umständen schon mit dem einfachsten Handgriff eine Schmerzempfindung hervorrufen kann. Für manche Kranke ist schon das brüske Anstoßen an die Bettstatt in höchstem Grade unangenehm. Ein hastiger Griff nach dem Puls, das ohne Vorbereitung erfolgende Betasten des Kopfes oder der Bauchwand, das schnelle Wegziehen der Bettdecke kann bei einem ängstlichen Kranken leicht Schreck und Schmerzen hervorrufen.

Bei der Untersuchung kranker Teile soll man besonders auf folgende Dinge achten: jeder schmerzhafte oder entzündete Teil muß mit besonderer Vorsicht untersucht werden. Die erste Regel heißt: „Nicht fühlen, sondern schauen". Schauen und immer wieder schauen. Das Auge kann in vielen Fällen allein die Diagnose stellen, ohne daß die Hand benötigt wird.

Eine eitrige Kieferentzündung läßt sich durch einfache Betrachtung von außen und durch vorsichtige Besichtigung der Mundhöhle mit voller Sicherheit erkennen; ein grober Druck auf die schmerzhafte Zahngeschwulst ist nicht erforderlich. Eine eitrige Peritonsillitis läßt sich ohne Schwierigkeit aus der

ödematösen Schwellung und Rötung des weichen Gaumens diagnostizieren. Das höchst unangenehme Einführen des Fingers in den Rachen ist nicht notwendig.

Eine Drüseneiterung am Halse muß aus der Schwellung und Rötung und aus der krampfhaften Kopfhaltung gut erkennbar sein. Eine rücksichtslose Abtastung der ganzen geschwollenen Teile ist vollkommen überflüssig. Bei einer tiefen Halsphlegmone genügt ein vorsichtiges Zufühlen mit den beiden Zeigefingern, um die brettharte Spannung zu erkennen; diese brettharte Spannung im Zusammenhang mit der krampfhaften schiefen Kopfhaltung allein weist auf die subfasziale Eiterung hin und macht die schleunige Spaltung des Eiterherdes notwendig.

Die eitrige Mastitis der Wöchnerinnen zeigt sich dem Erfahrenen durch die diffuse Rötung und Schwellung der Brustdrüse ohne weiteres an. Das bestehende Fieber gibt uns weitere Anhaltspunkte. Es ist nicht notwendig, die entzündeten Teile immer und immer wieder abzutasten, um den Eiterherd zu erkennen. In einer kurzen Rauschnarkose läßt sich eine solche Abtastung schnell vornehmen und die Stichinzision sofort anschließen.

Und nun das Panaritium! Man muß nur selbst einmal ein Panaritium gehabt und den entzündeten Finger einem befreundeten Kollegen, der es mit der Schmerzschonung nicht gerade sehr genau nimmt, vorgezeigt haben; sofortiges kräftiges Zugreifen, Abdrücken der Fingerkuppe nach allen Seiten, ohne daß auch nur ein Versuch gemacht worden ist, mit dem Auge den Eiterherd zu erkennen. Bei dem schonenden Untersuchen darf nur geschaut werden: der entsprechende Finger der anderen Hand wird mit dem

kranken Finger verglichen und nun genau der Sitz der größten Schwellung festgestellt. Die Schwellung ist ja oft nicht sehr bedeutend, aber ein kleiner Buckel genügt zur Feststellung des Sitzes der Entzündung. Will man ganz sicher gehen, so kann man mit allergrößter Vorsicht zur Sondenuntersuchung greifen. Man tastet mit einer Knopfsonde ganz zart die Umgebung der am meisten geschwollenen Stelle ab: kein Schmerz; ein vorsichtiger Druck auf die vorgebuchtete Stelle: heftiges Zusammenzucken. Eine weitere Betastung ist nicht notwendig. Örtliche Betäubung und Spaltung des Eiterherdes bis auf den Knochen.

Bei den schmerzhaften Entzündungen der Bauchhöhle kann die Betastung nicht entbehrt werden. Wir wissen, daß ohne genauen Nachweis der Bauchdeckenspannung oder eines umschriebenen Exsudates eine sichere Diagnose vieler lebenbedrohender Entzündungen nicht möglich ist. Aber auch hier ist Tasten und Tasten stets zweierlei. Es ist vollkommen falsch, sofort die Hand auf die Bauchdecken zu legen und zu fragen: „Tut es weh?“ Der erfahrene Beobachter macht zunächst eine genaue Besichtigung: Betrachtung der Atembewegungen, Bestimmung besonderer Vorbuchtungen, Betrachtung der Darmbewegungen. Eine genaue Besichtigung kann viele Handgriffe ersparen. Und erst wenn das Auge alles Wichtige aufgegriffen hat, dann verwende man die Hand, aber immer zuerst an den voraussichtlich schmerzfreien Teilen. Bei Erkrankungen der rechten Bauchhälfte (Appendizitis, Cholezystitis) zunächst links palpieren. Bei Verdacht auf Magenperforation zuerst die Regio hypogastrica abtasten. Bei Verdacht auf allgemeine Peritonitis genügt ein ganz leises Auflegen der Hand, um die bretthatre Spannung der Bauchdecken zu erkennen. Ein para-

renaler Abszeß wird wohl immer eine genaue bimanuelle Palpation erforderlich machen. Aber auch bei ihm kann des Guten leicht zuviel geschehen.

In gleicher Weise wie bei den Entzündungen soll man bei allen Verletzungen verfahren. Bei den jungen Medizinern erlebt man immer wieder in gleicher Weise, daß eine Besichtigung kaum vorgenommen und sofort mit möglichst viel Fingern eine Betastung der verletzten Stelle ausgeführt wird. Und doch kann man einen großen Teil der Verletzungen allein mit dem Auge erkennen. Die große Mehrzahl der Knochenbrüche ganz gewiß. Ein Radiusbruch ist fast immer ohne jedes Drücken und ohne Röntgenapparat erkennbar. Der Oberarmbruch in gleicher Weise. Der Schenkelhalsbruch erfordert nur ein Abheben der Bettdecke, um aus der Verkürzung und Außenrotation die richtige Diagnose zu stellen. Die Schulterluxation und die Ellenbogenluxation stellen sich dem Untersuchenden ohne weiteres dar. Ein Erguß im Kniegelenk erfordert keinerlei Betastung oder Prüfung auf Fluktuation. Selbstverständlich soll man in allen zweifelhaften Fällen auch von der Fingeruntersuchung Gebrauch machen. Dazu genügt aber fast immer ein ganz kurzes vorsichtiges Tasten, und wenn auch der Röntgenapparat vielfach gut entbehrt werden kann, so ist er doch zur schonenden Untersuchung ein gar nicht hoch genug zu preisendes Hilfsmittel. Die rücksichtslose Abtastung eines Radiusbruches, eines Bruches des Caput humeri, kann heute nicht mehr als erlaubt bezeichnet werden.

Sobald bei der Untersuchung gewisse technische Handgriffe anzuwenden sind, müssen diese Handgriffe mit besonderer Vorsicht ausgeführt werden. Dahin gehören alle Entnahmen von Körperflüssigkeiten mit der Punktionsspritze. Bei einem

sonst Gesunden ist die Blutentnahme zum Zwecke der Wassermann-Reaktion, auch wenn sie nicht ganz schmerzlos verläuft, nicht so schlimm einzuschätzen. Wenn es sich aber um eine Punktion bei einem Kranken handelt, der an einer Pleuritis, an einem tiefliegenden Eiterherde irgendeines Körperteiles, an einem Douglasabszeß, an einer fieberhaften Kniegelenksentzündung leidet, ist die größte Schmerzschonung unbedingte Pflicht! Im Nebenzimmer alles gut vorbereiten, einige freundliche Erklärungen über die Notwendigkeit der Untersuchung. Anästhesierung der Haut mit einer 1proz. Pantokainlösung und schnelles Einsenken der von der Schwester im Hintergrund bereit gehaltenen Spritze. Nur keine langen Vorbereitungen! Nur nicht am Abend vorher sagen, daß am nächsten Tage eine Punktion vorgenommen werden muß! Hier ist die Schnelligkeit oft die größte Schonung. Und wenn es auch oft falsch ist, den Patienten zu überraschen, besser ist es im allgemeinen, ihm keine Zeit zu lassen, viel über dasjenige, was mit ihm geschieht, nachzudenken. Bei der Punktion einer Pleuritis erfährt der Kranke überhaupt nichts von einer Punktion. Man untersucht die hinteren Lungenteile in der gewöhnlichen Weise und sagt dann dem Kranken, daß man eine einfache Einspritzung zu machen habe. Die Einspritzung ist die Anästhesierung. Durch die anästhesierten Weichteile dringt die Punktionsspritze, ohne Schmerzen zu erzeugen, durch, und die ganze Angelegenheit ist in einigen Sekunden getan. Nach der Punktion hat man natürlich die Pflicht, dem Kranken alles Wichtige eingehend zu erklären.

Auch bei der Lumbalpunktion, bei der Zisternenpunktion und selbst bei der Gehirnpunktion kann man durch entsprechendes A b l e n k e n d e s K r a n k e n

und durch sorgfältige Vorbereitung der Manipulation viel Unangenehmes ersparen.

Daß die endoskopischen Untersuchungen der verschiedenen Körperhöhlen mit größter Vorsicht und Schmerzschonung auszuführen sind, ist selbstverständlich. Auf die rein fachärztlichen Untersuchungen (Gastroskopie, Bronchoskopie, Zystoskopie, Rektoskopie) kann in diesen, in der Hauptsache für den Praktiker bestimmten Ausführungen, nicht eingegangen werden. Hervorgehoben sei nur, daß jeder Praktiker Gelegenheit suchen soll, um sich die nicht schwierige Handhabung des Rektoskops anzueignen, da ohne ein solches sehr viele der gewöhnlichsten alltäglichen Diagnosen nicht möglich sind.

Über die Wichtigkeit einer schonenden Fingeruntersuchung des Mastdarms sei bei dieser Gelegenheit folgendes gesagt. Ein großer Teil der Menschen wird durch eine Fingeruntersuchung des Afters in keiner Weise belästigt. Man ist aber doch immer wieder erstaunt, wie häufig bei der einfachen Mastdarmuntersuchung über unangenehme Empfindungen geklagt wird, und man kann daher nur den Rat geben, diese häufig notwendige Untersuchung mit aller Vorsicht auszuüben. Das gilt vor allen Dingen dann, wenn ein gewisser Grad von Sphinkterkrampf vorliegt. Wenn man einem Kranken mit einem Sphinkterkrampf gewaltsam und rücksichtslos den Finger in den Anus hineindrückt, so wird der Kranke heftig zusammenzucken, und häufig besteht dann das Ergebnis darin, daß der Kranke zu einer weiteren Untersuchung nicht mehr zu haben ist. Darum bei jeder Mastdarmuntersuchung recht behutsam und vorsichtig vorgehen! Der Zeigefinger wird gut eingefettet, und dann wird zunächst die Analhaut rings um den After

herum ausgiebig mit Fett beschmiert. Zeigt sich dabei irgendwelche Empfindlichkeit, so versäume man nie, dem Kranken freundlich zuzureden, ihm zu versichern, daß etwas Schlimmeres nicht vorgenommen werde, und daß vor allen Dingen ein operativer Eingriff nicht in Betracht komme. Langsam und vorsichtig wird dann der Zeigefinger ganz allmählich unter ängstlicher Schonung des sich zusammenziehenden Schließmuskels eingeführt, und die Spannung des Schließmuskels wird, man möchte fast sagen, Faser für Faser, überwunden. Ohne daß der Kranke auch nur eine Schmerzäußerung von sich gibt, gelangt der Finger in das Rektum hinein. „So hat mich noch kein Arzt untersucht", hört man den Kranken sagen, „da tut es freilich nicht weh". Hat man beim ersten Einführen des Fingers das Gefühl, daß der Kranke doch noch zu ängstlich ist, so spritzt man ihm eine schmerzstillende Pantokainlösung ein oder bringt eine Anästhesinsalbe in den After hinein. Schon das Bewußtsein, daß gegen die Schmerzempfindung etwas geschieht, weckt das Vertrauen des Kranken und ruft bei ihm die Gewißheit hervor, daß die Untersuchung schmerzlos ausfallen wird. Die entsprechenden, zuversichtlich klingenden Worte des Arztes tun die Hauptsache.

Und nun einige Worte über den gewöhnlichen Verbandwechsel. Merkwürdigerweise ist der Verbandwechsel und zumal der erste Verbandwechsel von vielen Kranken weit mehr gefürchtet als die Operation. Woher dieser Glaube stammt, ist mir nicht recht klar geworden. Am wahrscheinlichsten scheint mir, daß die Patienten von ihren Mitkranken oder von anderen guten Freunden und Verwandten auf die heftigen, bei dem Verbandwechsel entstehenden Schmerzen aufmerksam gemacht werden.

Wir haben jedenfalls mit dieser Angst der Kranken und zumal der weiblichen Kranken vor dem Verbandwechsel zu rechnen und müssen uns bemühen, daß diese Angst auf das Mindestmaß heruntergesetzt wird. Dazu gehört in erster Linie, daß man den Kranken von der Zeit des Verbandwechsels überhaupt nichts mitteilt. Kein Kranker darf erfahren, daß am nächsten Tage an der Wunde irgendwas vorgenommen wird.

Wenn man eine solche Mitteilung macht, so wird man nur immer eine große Erregung hervorrufen, wird dem Kranken die Nachtruhe rauben und ihn mit ziemlich großer Unruhe dem Augenblick des Verbandwechsels entgegensehen lassen. Der Verbandwechsel muß ohne besondere Betonung in den normalen ärztlichen Besuch eingegliedert werden.

Es ist streng verboten, daß längere Zeit vor dem Verbandwechsel eine Schwester im Krankenzimmer erscheint und in umständlicher Weise Schüsseln, Schalen, Verbandstofftrommeln, Instrumente, Eimer und was weiß ich alles, zurechtstellt. Der Verbandwechsel muß sich in ganz anderer Weise abspielen. Der Arzt macht seinen Morgenbesuch wie gewöhnlich, besichtigt den Verband, betrachtet vorsichtig die Gegend der Wunde und sagt: „Da ist ja alles in bester Ordnung, da sind die Fäden sicher schon von selber herausgefallen. Wir wollen nur schnell das Pflaster eben wegnehmen.“ Auf dies Stichwort stehen sofort im Hintergrund die wenigen notwendigen Utensilien bereit, eine vorher schon dazu bestimmte Schwester faßt die Patientin an den Händen, ein Gazeschleier über die Augen verdeckt all die für den Arzt harmlosen (aber für den Patienten grauslichen) Werkzeuge, ein Benzintupfer entfernt das Pflaster. Mit einigen leichten Griffen sind mit

Hilfe zweier Pinzetten die Klammern entfernt. Neuer Mull wird aufgelegt. Frisches Pflaster. „Meine liebe Frau *X.*, Sie haben sich großartig tapfer gehalten, alles ist vorbei.“ „Ja, was Sie sagen, Herr Doktor, sind die Klammern schon heraus? Ich habe ja gar nichts gespürt. Da hat mir meine Freundin etwas sehr Dummes vorgeschwätzt, indem sie mir erzählt hat: warte nur mal, wenn dir erst die Klammern herausgenommen werden, da kannst du etwas erleben.“

Wir Ärzte werden bei unserer Ausbildung wohl nicht genügend auf solche Kleinigkeiten hingewiesen. Die vielfachen Hilfsmittel, welche der Schonung der Psyche dienen, müssen wir uns in der Praxis erst langsam erwerben. Die Jüngeren sollen den Älteren möglichst viel absehen, und die Älteren sollen die Jüngeren auf die vielen nebensächlich erscheinenden, aber doch sehr wichtigen Dinge unserer täglichen Arbeit hinweisen und unserem Beruf mehr und mehr das Unangenehme, das Rücksichtslose, das Schmerzhafte nehmen. Wir Chirurgen sind keine Menschen, die Freude am Schneiden oder gar am Schmerzbereiten haben. Wir möchten unseren Kranken jeden Schmerz und jede unangenehme Empfindung nehmen. Im täglichen Betrieb, wo eine Operation und ein Verband dem andern folgt, vergessen wir wohl manchmal das Seelische, was sich hinter jedem Panaritium, hinter jedem Ulcus cruris, hinter jedem Drüsenabszeß versteckt. Durch eine strenge Organisation und durch unbedingte Durchführung bestehender Vorschriften läßt sich auch bei diesen unwesentlichen Dingen unserer täglichen Arbeit manches verhüten, was notgedrungen den Kranken erregen und unser Ansehen als humane Ärzte schädigen kann.

Auf die Einzelheiten des Verbandwechsels soll hier nicht eingegangen werden. Nur einige

Dinge, die so oft übersehen werden, seien eigens hervorgehoben: gute Lagerung des Kranken und des kranken Gliedes, richtiges Halten des kranken Körperteiles, vorsichtige Abnahme der unreinen Verbandstoffe, Lösung der angeklebten Mullstücke, unter Umständen im Handbad. Kein überflüssiges Drücken und Wischen an der Wunde, Spülung nur im Notfalle. Vorsichtige Erneuerung der entfernten Verbandstoffe. Das Ideal unserer chirurgischen Tätigkeit würde sein, wenn wir ein Mittel zur Verfügung hätten, das in vollkommen sicherer Weise, ohne jede Unbequemlichkeit und ohne jede Gefahr für den Kranken, den Schmerz auch für ganz kurze Zeit ausschalten könnte. So weit sind wir aber leider nicht, und wir werden auch wohl so weit nie kommen. Eine gewisse Schmerzempfindung wird bei unserer Behandlung immer zurückbleiben. Mit der nötigen Vorsicht, mit dem richtigen menschlichen Empfinden werden wir auch diese Unbequemlichkeit sicherlich überwinden. Im vorstehenden wurde gezeigt, mit welchen einfachen Hilfsmitteln wir das genannte Ziel erreichen können.

Wenn wir im Anschluß daran noch ganz kurz über die Narkose selbst sprechen, so kann es natürlich nicht unsere Absicht sein, eine Abhandlung über die unendlich vielen Arten der Betäubung zu geben. Die Narkose wollen wir nur ganz kurz von dem Standpunkt aus besprechen, daß wir uns klar machen, wie wir der Narkose die ihr an und für sich anhaftenden Unannehmlichkeiten und Rauhigkeiten nehmen können. So paradox es klingt: die Narkose, die jeden Schmerz zu beseitigen ermöglicht, ist an und für sich ein seelisch gar nicht leicht zu nehmender Eingriff, für viele Kranke weit unangenehmer und fürchterlicher als die Operation selbst. Und wenn in neueren Abhandlungen über Schmerzbetäubung der

psychischen Schonung des Kranken ein so großer Raum zugewiesen wird, so können wir erkennen, welche Bedeutung es heutzutage hat, der Narkose die psychischen Schädlichkeiten zu nehmen.

Auch hier kann auf alle Einzelheiten nicht eingegangen werden. Wenn man sich das Wichtigste klar machen will, so überlege man sich nur einmal kurz, in welcher Weise heute die am meisten übliche und am meisten ungefährliche Äthernarkose vorgenommen wird. Der Kranke wird in den Narkoseraum geführt, ausgezogen, auf den Tisch gelegt und in entsprechender Weise aseptisch vorbereitet. Arme und Beine werden angebunden. Ein Arzt, häufig dem Kranken ganz unbekannt, tritt an ihn heran, fragt ihn, ob er falsche Zähne habe und fordert den Kranken auf, laut zu zählen. Eine Maske wird aufgelegt und der Kranke zum tiefen Einatmen des aufgegossenen Äthers aufgefordert.

Hat der die Narkose einleitende Kollege eine Vorstellung davon, was in diesem Kranken vorgeht? Weiß er, wie lange schon dem Kranken das Schreckgespenst der Narkose und der Operation vorschwebt, und weiß er, wie der Kranke während der vergangenen Nacht sich in wilden Träumen immer wieder auf dem Operationstisch gesehen hat? Weiß der Arzt, mit welcher Erregung der Kranke an seine Familie, an seine Kinder, an die Frage seines Gesundwerdens denkt, und wie es ihm vor dem Augenblick, wo er der Entscheidung eines Menschen restlos anvertraut ist, schon lange gegraut hat? Wird sich der Narkotiseur immer vorstellen, daß ein solcher Wirbel von Gedanken und Empfindungen der Einwirkung des Äthers den größten Widerstand entgegensetzen wird? Wenn der Narkosearzt nur ganz kurz sich von allen diesen Dingen Rechenschaft gibt,

so wird er an jede Betäubung mit ganz anderen Empfindungen herantreten. Er wird das seelische Erlebnis des ihm anvertrauten Kranken ganz anders würdigen und wird sich bemühen, diesem Erlebnis das Grausame und Brutale zu nehmen. Psyche-Schonung nennen wir das mit einem recht bezeichnenden Wort, und was wir an dieser Stelle zu sagen haben, das soll sich im besonderen auf die psychische Schonung bei der Narkose beziehen. Es sollen nur kurz einige Punkte hervorgehoben werden, welche neben der eigentlichen Schmerzbetäubung für die Beruhigung der Psyche von Wichtigkeit sind.

Eigentlich bewegen wir uns in einem gewissen Widerspruch: wir sprechen von der Schmerzbetäubung und wollen nebenbei noch eine Psycheschonung einhergehen lassen. Wenn man die Dinge ohne viel zu überlegen ansieht, so ist ja die Schmerzbetäubung (= Narkose) die wichtigste Psycheschonung. Wir können uns heute nur noch schwer eine Vorstellung machen von der Begeisterung, die sich aller Ärzte bemächtigte, als es vor bald 100 Jahren zum ersten Male gelang durch Einatmung von Äther und Chloroform jede Operation, auch die schwerste, schmerzlos durchzuführen.

Mit der Zeit ist die Menschheit und zumal die Chirurgie anspruchsvoller geworden. So wunderbar die Wirkung der Inhalationsnarkose ist, die Methode der Narkose, wenigstens in der Weise, wie sie in der Regel geübt wird, kann nicht immer als ideal anerkannt werden. Man muß nur eingehender beobachten, welche Angst die Mehrzahl der Kranken vor der Narkose erfüllt, wie sie sich gegen die Bedeckung des Gesichtes wehren, wie sie die Maske herunterzureißen versuchen, wie sie um sich schlagen, wie

sie oft von vielen Händen gehalten werden müssen, damit die Betäubung vollzogen werden kann. Den schlimmsten Eindruck bekommt man immer, wenn ein kleines Kind von einem ganz unerfahrenen Arzte narkotisiert wird. Die Art, wie das Kind sich gegen die Maske sträubt, wie es mit Gewalt die Maske herunterreißt, mit Armen und Beinen um sich schlägt, ist so fürchterlich, daß man überhaupt nicht verstehen kann, wie die Inhalationsnarkose eines Kindes einem jungen Mediziner anvertraut wird.

Wir Mediziner, die das alles täglich sehen, empfinden das nicht mehr so greulich; wenn wir uns aber alle erinnern an die ersten Narkosen, die wir als Studenten in der chirurgischen Klinik gesehen haben, so werden wir doch, wenn wir ehrlich sind, zugeben müssen, daß wir eine sehr schlechte Erinnerung von den Äußerlichkeiten dieser Betäubungsmethode zurückbehalten haben.

Im wesentlichen wird bei der gewöhnlichen Inhalationsnarkose dasjenige versäumt, was *Starlinger* sehr anschaulich als Betäubung der Psyche bezeichnet. Wir sind ausschließlich auf die Betäubung des Großhirns eingestellt, die Betäubung der Psyche wird leider in einem großen Teil der Fälle vernachlässigt. Diese Betäubung der Psyche hat man auch als eine Schonung der Psyche bezeichnet. Beide Worte deuten in sehr guter Weise dasjenige an, was wir neben der eigentlichen Schmerzbetäubung für notwendig halten.

Die Forderungen, die wir bei dieser Psycheschonung für notwendig halten, beziehen sich in erster Linie auf den Narkotiseur. *Billroth* sagt einmal: „Ist wohl ein größeres Vertrauen von Mensch zu Mensch denkbar, als daß einer sich vom andern durch das Einatmen eines betäubenden Giftes in

schmerzlosen und bewußtlosen Zustand versetzen läßt und sich ihm so ganz preisgibt." Zu diesen herrlichen Worten *Billroths* steht es in einem eigentümlichen Gegensatz, wenn zu der Narkose in der Regel Ärzte hinzugezogen werden, die dem Kranken bisher gar nicht bekannt sind, und wenn häufig der allerjüngste Assistent oder Praktikant dazu bestimmt wird.

Der Narkotiseur muß in erster Linie ausgedehnte Erfahrung in der Narkose besitzen und muß außerdem dem Kranken schon bekannt und vertraut sein. Wie kann der Kranke Vertrauen zu einem Manne haben, den er zum ersten Male in seinem Leben zu sehen bekommt, und von dem er in keiner Weise überzeugt ist, daß er die nötige Erfahrung für die einzuleitende Betäubung besitzt.

Es ist unbedingt zu fordern, daß der Narkotiseur mit dem Kranken sich schon vor der Narkose bekannt gemacht hat, ihn kurz nach der Art seines Leidens fragt und vor allem die wichtigen Organe, Herz und Lunge, untersucht.

In weiterer Ausbildung dieser Forderung hat man in den angelsächsischen Ländern schon längere Zeit den Beruf des Narkotiseurs geschaffen. In jedem größeren Krankenhaus und in jeder größeren Stadt gibt es solche Narkotiseure, welche sich ausschließlich mit der Durchführung der Narkose beschäftigen. Ein solcher Narkotiseur besucht den Kranken schon am Tage vor der Operation, erkundigt sich nach seinen Beschwerden und stellt das für die Narkose unbedingt erforderliche seelische Vertrauensverhältnis her. Unter Leitung eines solchen Arztes verläuft die Narkose weit ruhiger. Die Abwehrbewegungen, die zumal einem Fremden gegenüber so häufig eintreten, sind viel geringer, und der Eintritt der Betäubung oft weit früher.

Es wäre gewiß von großer Bedeutung, daß auch bei uns die Aufstellung solcher Narkotiseure mehr und mehr in die Wege geleitet würde. Auf keinen Fall ist es angängig, daß unerfahrene, mit dem Kranken völlig unbekannte Assistenten oder Praktikanten mit der Einleitung der Narkose betraut werden. Hat man keinen eigentlichen Narkotiseur zur Verfügung, so ist es besser, eine Schwester mit der Durchführung der Narkose zu betrauen; auch eine solche Schwester muß sich vor Beginn der Narkose unter ärztlicher Leitung mit der Psyche des Kranken vertraut machen, und erfahrungsgemäß ist das Zutrauen zu einer solchen Schwester auf seiten der Kranken weit größer als zu einem ganz jungen Mediziner.

In einer Anzahl großer Krankenhäuser, bei denen es an ärztlichem Personal mangelt, sind solche Narkoseschwestern aufgestellt und nach allem, was ich gesehen habe, verlief bei solchen Schwestern die Narkose weit ruhiger und sicherer als bei unerfahrenen Medizinern. Notwendig scheint es mir, daß bei allen solchen Schwesternnarkosen der Operateur im ersten Beginn zugegen ist und persönlich dem Kranken freundlich zuspricht.

Der freundlichen Zusprache der Kranken vor der Einleitung der Narkose kann nicht genug das Wort gesprochen werden. Auch verschiedene technische Kleinigkeiten sollen hier genannt werden. Die Maske soll ganz langsam dem Gesicht genähert werden. Vorzüglich bewährt hat sich zur Einleitung der Narkose das Kölnische Wasser, das man im Anfang auf die Maske gießt und ganz allmählich durch den Äther ersetzt. Die alte gute Methode des Zählens muß auch heute noch warm empfohlen werden. Am besten ist es, den Kranken ganz lang-

sam von 100 rückwärts zählen zu lassen. Die Narkose soll stets in einem besonderen Raum eingeleitet werden, der gegen den Operationssaal so geschützt sein muß, daß auch etwaiges Jammern oder Stöhnen der Kranken nicht hörbar ist. Am einfachsten ist es immer, die Narkose im Zimmer des Kranken vorzunehmen, doch bedingt die dadurch verursachte Verzögerung des Eingriffes fast immer eine gewisse Störung des Betriebes, die zumal bei größerer Tätigkeit unangenehm werden kann.

Ein Anschnallen der Kranken vor Einleitung der Narkose ist zu vermeiden. Ein solches Anbinden macht die Kranken in der Regel nur noch unruhiger. Natürlich ist es notwendig, zum Halten der Hände und Füße eine kräftige Hilfsperson zur Verfügung zu haben.

Daß ähnliche Gesichtspunkte wie bei der Inhalationsnarkose auch bei der örtlichen Betäubung maßgebend sein müssen, ist selbstverständlich. Auch bei der örtlichen Betäubung soll derjenige, der die betreffende Einspritzung vornimmt, dem Kranken schon bekannt sein und sich in seine Psyche schon entsprechend eingefühlt haben. Die örtliche Betäubung hat ja in keiner Weise das Nervenaufregende wie die Allgemeinnarkose. Bekanntlich ist es aber bei jeder örtlichen Betäubung möglich, daß eine Allgemeinnarkose noch nachträglich eingeleitet werden muß. Die Vorsicht und die Rücksicht auf die Psyche des Kranken erfordern es daher, daß bei jeder örtlichen Betäubung ein Arzt oder eine Schwester bereitstehen, um unter Umständen eine Allgemeinnarkose einleiten zu können.

Bei uns führt dieser Arzt den Titel Zusprecher. Er hat von Anfang an den Kranken zu beruhigen, sich mit ihm in freundlicher Weise zu unterhalten,

und wenn es nicht anders geht, die Allgemeinnarkose einzuleiten.

Seit 5 Jahren sind wir glücklicherweise in der Lage, die psychische Schonung bei der Einleitung der Narkose in geradezu idealer Weise zu erzielen und zumal bei Kindern das Aufregungsstadium vollkommen auszuschalten. Diesen Fortschritt verdanken wir der Einführung des Avertins, das einen tiefen Schlaf des Kranken ermöglicht, ohne daß dabei von irgendeiner Erregung oder einem Widerstand die Rede ist. Wer es nur einmal miterlebt hat, wie ein Kind nach dem Avertineinlauf innerhalb einiger Minuten ruhig einschläft, vor dem Einschlafen sich mit seiner Umgebung freundlich unterhält, der wird von dieser neuen Art der psychischen Narkose so begeistert sein, daß er sie in Zukunft, zumal bei Kindern, nicht mehr missen will. An sehr vielen Anstalten besteht darum die Vorschrift, bei Kindern jede Narkose mit Avertin einzuleiten. Das Avertin ist für Kinder vollkommen ungefährlich und kann auch bei kleinen Eingriffen ohne Bedenken angewandt werden. Das Avertin soll auch dem Chloräthylrausch vorgezogen werden, der in keiner Weise so unschädlich ist, wie es immer hingestellt wird.

Wenn man täglich beobachten kann, wie das Kind nach der Avertinnarkose keine Ahnung hat von dem, was mit ihm vorgegangen ist, wie es schon am nächsten Tage Ärzte und Schwestern freundlich begrüßt und auch später beim Verbandwechsel keine Schwierigkeiten macht, so kann man den durch das Avertin gemachten Fortschritt nicht genug rühmen. Müßte ich einmal mich selbst einer Narkose unterziehen, so würde ich unbedingt auf der Einleitung der Narkose durch Avertin bestehen.

Was soll der Kranke über die Art, über die Ursache und über die Dauer seines Leidens erfahren?

Wofür ich Allah höchlich danke?
Daß er Leiden und Wissen getrennt.
Verzweifeln müßte jeder Kranke,
Das Übel kennend, wie der Arzt es kennt.
Goethe.

Als den besten Arzttypus werden wir mit *Kerschensteiner*[1]) immer den humanen und suggestiven Arzt anzusehen haben, der, unbeirrt durch Gedanken an Verdienst und an die Lösung wissenschaftlicher Fragen, unbeeinflußt durch fachärztliche Neigungen, kein anderes Ziel kennt, als seinen Kranken zu helfen und dafür seine ganze Persönlichkeit einsetzt. An der Hebung der ärztlichen Ethik im Sinne *Kerschensteiners* können wir nie genug arbeiten. Viele Zeichen sprechen dafür, daß die ärztliche Ethik nicht gerade im Aufsteigen ist. Das kann man sowohl in Ärzte- wie in Laienkreisen hören[2]).

Als die wesentlichste Aufgabe des humanen und suggestiven Arztes sollte immer die Beruhigung und Aufrichtung des Kranken betrachtet werden. Nach gründlichster Untersuchung soll bei harm-

[1]) Ärztl. Korrespondenzbl. 1923 Nr. 18 u. 19.

[2]) In dem anregenden Buch des Amerikaners *Ford*, aus dem jeder Mensch sehr viel lernen kann, findet sich auch allerlei über die Ärzte. *Ford* stellt die Forderung, daß die Kranken auch tatsächlich auf die Krankheit hin behandelt werden, an der sie leiden, und nicht auf eine Krankheit, für die sich ein beliebiger Arzt entschieden hat. *Ford* schreibt weiter, viele Ärzte scheinen der Aufrechterhaltung ihrer eigenen Diagnose eine ebenso große Bedeutung beizumessen, wie der Genesung ihrer Kranken. Bei der Behandlung des Kranken kommt es mehr auf das Allgemeinbefinden, als auf ein besonderes Übel an.

losen Leiden die völlige Ungefährlichkeit des Zustandes hervorgehoben werden, bei ernsteren Leiden soll mit aller Bestimmtheit auf die Bedeutung der Erkrankung hingewiesen, aber gleichzeitig betont werden, daß durch entsprechende Maßnahme das Leiden sehr wohl behoben und die völlige Genesung wieder erlangt werden kann.

Salus aegroti suprema lex. Zu dieser Salus gehört nicht nur das körperliche Wohl des Kranken, sondern auch das seelische. Der Kranke, der sich oft die wunderlichsten Vorstellungen von der Art, den Folgen und der Dauer seiner Erkrankung macht, muß vom Arzt vor allen Dingen eine beruhigende Auskunft erhalten. Eine seelische Aufrichtung verleiht den meisten Kranken die Kraft, die schlimmsten körperlichen Beschwerden leichter und schneller zu überwinden.

Dieser Pflicht der Beruhigung steht leider häufig die Neigung manchen Arztes im Wege, die vorliegende Krankheit möglichst schlimm hinzustellen. Ein solcher — nicht humaner — Arzt wird dabei oft geleitet von dem Gedanken, einmal dem Kranken die Notwendigkeit einer eingehenden längeren Behandlung klarzumachen, und weiter, nach Abschluß der Kur das eigene Können, durch das die schwere Krankheit geheilt worden ist, in ein um so helleres Licht zu setzen. Ist es wirklich notwendig, bei einem einfachen Paronychium mit Lymphangitis dem Kranken zu sagen, daß er eine Blutvergiftung habe, ihm bei einer einfachen lakunären Angina zu erklären: „Sie haben Diphtherie im höchsten Grade", einer Frau bei einem harmlosen Fibrom der Mamma zu eröffnen: „daraus kann leicht ein Krebs werden"? Muß wirklich der Virgo, die an menstruellen Beschwerden leidet, eröffnet werden, daß sie eine Eierstockentzündung oder

eine Verengerung des Gebärmutterhalses habe, und darauf eine lang dauernde, das seelische Gleichgewicht der Kranken in nachteiligster Weise beeinflussende Behandlung eingeleitet werden?

Wieweit der Arzt in seinen Mitteilungen an den Kranken gehen soll, läßt sich schwer in allgemeine Regeln fassen. Erforderlich ist dazu eine große Erfahrung und ein gutes Maß von persönlichem Taktgefühl. Die seelische Veranlagung des Arztes wird auf die Art seiner Mitteilungen stets von großem Einfluß sein. Der ärztliche Optimist wird anders sprechen als der Pessimist, der reine Wissenschaftler anders als der erfahrene Praktiker. Ich persönlich habe immer einem gesunden Optimismus meinen Kranken gegenüber gehuldigt und bin, trotz mancher heftiger Angriffe, im allgemeinen gut dabei gefahren.

Über die Art seines Leidens das wichtigste zu erfahren, darauf hat ein jeder Mensch sein gutes Recht, zumal in der heutigen Zeit, wo so viele Laien von Medizin etwas zu verstehen glauben. Es ist das auch deswegen schon notwendig, damit bei einer späteren Erkrankung — oft viele Jahre später — der alsdann neu zugezogene Arzt weiß, was früher vorgelegen hat. Wie oft erfährt man vom Kranken: „Man hat mir nicht gesagt, was mir fehlt.“ Selbst nach einer Operation bekommt man oft die Mitteilung, daß der Operateur dem Kranken über die Art der Operation keine Mitteilung gemacht habe. Er habe nicht gesagt, was für ein Organ entfernt, oder welcher Eingriff sonst vorgenommen worden sei.

Für die Auskunft, die der Arzt seinen Kranken geben soll, kommen vor allem zwei Dinge in Betracht: die Auffassungsfähigkeit des Kranken und die Heilbarkeit des vorliegenden Leidens. Nach vielfachen schlechten Erfahrungen habe ich

es im allgemeinen als das beste gefunden, in der wissenschaftlichen Erklärung des Leidens nicht zu weit zu gehen. Mit einer weitschweifigen Erörterung über innere Sekretion richtet man in der Regel nicht viel aus. Mit einer allgemein gehaltenen populären Darstellung kommt man gewöhnlich weiter als mit einer langatmigen Besprechung der neueren Forschungen. Der Laie will etwas hören, was seinem Auffassungsvermögen angepaßt ist. Mit allgemeinen Wendungen „das kommt vom Blut", oder „das ist eine Folge der Gasstauung in den Därmen" und ähnlichem erreicht man oft am meisten, auch bei gebildeten Laien.

Bei der Benennung des Leidens wird man besonders darauf Rücksicht nehmen müssen, den Kranken nicht zu beunruhigen. Daß man von einem Magenkatarrh, einer Nierenbeckenentzündung, einer Lungenentzündung sprechen darf, ist selbstverständlich. Handelt es sich aber um ein Leiden, dessen Unheilbarkeit auch dem Laien bekannt ist, so sei der Arzt mit seinen Mitteilungen recht vorsichtig. Die Diagnose Arteriosklerose darf man dem Kranken nicht verschweigen. Das ist schon deswegen unzweckmäßig, weil man sonst nicht mit Nachdruck auf die erforderliche Behandlung hinweisen kann. Ob es aber notwendig ist, dem Kranken die Diagnose Aortenaneurysma oder Sklerose der Kranzgefäße ganz genau zu zergliedern, ist eine andere Frage. Die Kenntnisse der medizinischen Dinge sind heute schon so weit in die Laienkreise gedrungen, und das Konversationslexikon wird im Anschluß an die ärztliche Beratung oft so ausgiebig benutzt, daß durch allzu weitgehende Mitteilungen der Kranke in eine recht verzweifelte Seelenstimmung geraten kann.

Wie man sich bei der Erklärung der Krankheitsvorgänge den Herzkranken gegenüber verhalten soll,

zeigt in vorbildlicher Weise unser Münchener Kollege *Karl Grassmann* (M.m.W. 1924 S. 619). *Grassmann* weist mit Recht darauf hin, daß der Arzt unbedingt seinem Kranken eine gewisse Auskunft über seine Klappen, über seinen Blutdruck geben muß. Wie weit der Arzt in dieser Beziehung gehen soll, das ist Sache der Menschenkenntnis und Lebenserfahrung.

„Jeder Arzt muß zugeben, daß ihm hierin schon mancher schwere Fehler passiert ist. Zurückhaltung ist geradezu Pflicht. Man braucht sich nicht zu scheuen, dem Kranken zu sagen, daß er einen Schaden an der Herzklappe hat, oder daß bei einem Aneurysma die Brustschlagader die größte Schonung erfordere oder bei stenokardischem Anfalle, daß der Herzmuskel wegen Gefährdung in seiner Ernährung die Leistung jeder Anstrengung oder seelische Aufregung verbiete; aber mehr ins einzelne zu gehen, widerspricht jeder rationellen Psychotherapie dieser Art von Kranken."

Bei Verletzungen erfordert es die ärztliche Klugheit, dem Kranken genau die Art der Verletzung zu erklären. Es wäre ganz falsch, dem Kranken eine Fraktur, eine Sehnenzerreißung, eine Gelenkverletzung zu verschweigen. Dabei unterbleibe aber nie der Hinweis darauf, daß die Verletzung völlig heilbar ist. Die Röntgenbilder dem Kranken in die Hand zu geben, dient im allgemeinen nicht zu seiner Beruhigung. Im Anfang kann man dem Kranken, wenn er es wünscht, das Bild ohne Bedenken zeigen. Später soll man es aber nur dann tun, wenn die Verletzung ganz tadellos geheilt ist. Bekanntlich bedingt eine schlechte anatomische Heilung keineswegs eine schlechte funktionelle Heilung. Sieht aber der Kranke auf der Platte eine ungünstige Stellung der Bruchenden, so kann ihn das leicht zu der Anschau-

ung veranlassen, daß durch die schlechte Stellung auch eine schlechte Heilung bedingt sei, und die Vorstellung von einem bleibenden Nachteil mit allen seinen Folgeerscheinungen ist fertig. Das gilt zumal für alle Unfallkranken.

Das große Heer der Infektionskrankheiten stellt den Arzt sehr häufig vor die Frage, inwieweit er dem Kranken Mitteilung von der Art der Erkrankung machen soll. Im allgemeinen kann man hier sagen, daß völlige Offenheit seitens des Arztes meistens das beste ist. Das verlangt schon die Rücksicht auf die Umgebung. Die Maßnahmen der Isolierung und der Desinfektion werden sich leichter durchführen lassen, wenn dem Kranken und seinen Angehörigen die Notwendigkeit derselben genau klargelegt wird. Daß der Kranke über die Schwere der Erkrankung nach Kräften zu beruhigen ist, ist selbstverständlich.

Bei chirurgischen Infektionen sind viele Ärzte mit der Bezeichnung Blutvergiftung sehr schnell bei der Hand. Bei dem Schrecken, den das Wort Blutvergiftung in vielen Köpfen hervorruft, geht es nicht an, bei jeder leichten Lymphangitis, die sich bekanntlich an jedes harmlose Paronychium, an jeden unschuldigen Furunkel anschließen kann, von Blutvergiftung zu sprechen. Daß man jeden Kranken über die ernste Bedeutung einer eitrigen Infektion aufklären soll, ist selbstverständlich. Nie fehle dabei aber die Versicherung, daß bei richtiger Behandlung die Erkrankung bestimmt zu heilen sei. Das gilt auch für die eitrigen Entzündungen innerer Organe (Appendix, Gallenblase, Niere), bei denen die Zustimmung zur Operation oft nur durch den Hinweis auf den Ernst der Eiterung erreicht werden kann.

Daß man bei geschlechtlichen Ansteckungen die Kranken rückhaltlos über die Art des Leidens

aufklären soll, ist selbstverständlich. Es gibt aber auch hier besondere Lagen, die dem Arzte Vorsicht auferlegen müssen. Wenn eine junge Frau gleich im Anfang der Ehe von ihrem Mann eine Gonorrhöe erwirbt, so wird man ihr wohl im allgemeinen die wahre Natur des Leidens verschweigen. Bei einer syphilitischen Infektion liegt die Sache schon etwas anders. Hier erfordert es die Rücksicht auf die Umgebung und die notwendige Behandlung, der Kranken den Sachverhalt, selbstverständlich in schonendster Form, mitzuteilen. Wird während der Ehe die Frau von ihrem Mann, der sich im illegitimen Verkehr eine Gonorrhöe zugezogen hat, frisch infiziert, so hat der Arzt sich wohl zu überlegen, wieweit er die Frau über die Sachlage aufklären soll. Die ganze Lage des Falles, das Verhältnis der Eheleute zueinander, sind sorgsam zu berücksichtigen. Ich habe in einem derartigen Fall der Frau die Sachlage verschwiegen und habe mein Verhalten später nicht zu bereuen gehabt.

Bei keinem Leiden kann der Arzt durch seine Mitteilungen an die Kranken auf der einen Seite so viel Gutes, auf der anderen Seite so viel Übles stiften wie bei den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Nach den Anschauungen vieler, wenn nicht der Mehrzahl erfahrener Ärzte, gehört der größte Teil der sog. Frauenleiden mehr in die Behandlung des Nerven- als des Frauenarztes. Hier ist vor allen Dingen erforderlich, daß der von den Frauen zugezogene Arzt ein Arzt von dem Typus humanus oder suggestivus im Sinne *Kerschensteiners* sei, ein Mensch, der nicht das einzelne Organ, sondern den ganzen Menschen zum Gegenstand seiner Untersuchung und Behandlung macht. Was wird aber vielfach bei unschuldigen Endometritiden und Metritiden an dem Uterus herumkuriert, mit Ätzungen, Pin-

selungen, Einlagen, Ausschabungen, Stichelungen. Was für mancherlei örtliche Manipulationen werden bei so vielen, nicht sehr schweren Erkrankungen der Adnexe angewandt, von den vielen überflüssigen Operationen ganz zu schweigen. Es vergeht kaum eine Woche, in der ich nicht von einer Frau um Rat darüber gefragt werde, ob die von einem Arzt vorgeschlagene Operation notwendig sei. Bei der Untersuchung finde ich einen unbedeutenden Zervixkatarrh, eine leichte Verdickung der Adnexe und kann der erstaunten Frau eröffnen, daß zu einer Operation eine Veranlassung nicht vorliege. Die mancherlei Beschwerden, an denen so viele Frauen leiden, werden von den meisten naturgemäß auf eine Erkrankung der Geschlechtsorgane zurückgeführt. Findet sich bei der Untersuchung ein Tumor oder eine sonstige ernstliche Erkrankung, nun gut, so muß die entsprechende Behandlung sofort eingeleitet werden. Handelt es sich aber um eine bewegliche Retroflexio, eine harmlose Endometritis oder Adnexitis, so ist es unsere vornehmste Pflicht, die Kranke über ihr Leiden zu beruhigen. Man spreche dann von einer leichten Senkung oder einem Katarrh der Gebärmutter, einer Mutterbänderverdickung, versichere die Kranken der Harmlosigkeit des Leidens und suche durch eine entsprechende allgemeine und symptomatische Behandlung die Beschwerden zu beseitigen.

Auch bei kleinen, harmlosen Tumoren richte man sein Hauptaugenmerk auf die Beruhigung der Kranken. Das gilt vor allen Dingen für die Myome. Das Bewußtsein, einen Tumor im Unterleib zu haben, ist für viele Frauen außerordentlich beängstigend und läßt den Gedanken an den gefürchteten Krebs immer wieder entstehen. Man vermeide es daher so lange wie möglich, von einem Myom zu sprechen und

begnüge sich damit, die Erkrankung als eine ungefährliche Gebärmutterverdickung zu bezeichnen.

Die Tuberkulose gilt vielen Menschen noch als eine sehr bedenkliche, unheilbare Erkrankung, und nicht wenig Ärzte haben auch heute noch die Anschauung, daß die tuberkulösen Leiden eine recht ungünstige Prognose haben. Wir älteren Ärzte sind wohl zum großen Teil mit diesen Anschauungen in die Praxis eingetreten. Die wachsende Erfahrung hat aber gezeigt, daß die Tuberkulose keineswegs als die heimtückische Krankheit zu bezeichnen ist, sondern daß die Mehrzahl der tuberkulösen Leiden durch eine entsprechende Behandlung und Pflege sehr wohl zu beseitigen ist. Stand ich früher auf dem Standpunkt, das Wort Tuberkulose dem Kranken gegenüber entweder gar nicht oder nur mit größter Vorsicht in den Mund zu nehmen, so hat sich meine Anschauung in dieser Beziehung vollständig geändert. Zumal bei beginnender Tuberkulose scheint es unbedingt erforderlich, dem Kranken oder bei Kindern deren Eltern die Art des Leidens offen mitzuteilen. Wenn man dieser Mitteilung gleich hinzufügt, daß die Tuberkulose keineswegs ein unheilbares Leiden sei, daß die große Mehrzahl der Menschen tuberkulös infiziert, und daß in dem vorliegenden Falle bei einer entsprechenden Behandlung sicherlich eine völlige Ausheilung zu erwarten sei, so wird der betreffende Kranke durch die offenen Worte des Arztes keineswegs besonders bedrückt sein. Notwendig erscheint die rückhaltlose Bekanntgabe der Diagnose besonders deswegen, weil nur mit deren Hilfe der Kranke sich zu der unbedingt notwendigen, oft für ihn unbequemen Behandlung entschließen wird. Bekanntlich ist die Tuberkulose dann am besten heilbar, wenn sie in den ersten Anfängen steht.

In diesem ersten Stadium macht sie aber — denken wir nur an eine tuberkulöse Gelenkentzündung — sehr unbedeutende Erscheinungen, und der tuberkulöse Kranke wird sich nur ungerne der unbedingt notwendigen Behandlung (Apparatbehandlung, Liegekur) unterziehen. Machen wir ihn aber mit der Art seines Leidens bekannt und weisen wir ihn darauf hin, daß bei richtiger Behandlung alle schweren Folgen des Leidens mit großer Sicherheit zu verhüten sind, so wird er sich gerne in die verordneten Maßregeln fügen.

Ganz anders wie bei der Tuberkulose liegt die Sache beim Krebs. Der Krebs ist trotz aller unserer Bemühungen ein sehr gefährliches Leiden, das in der Mehrzahl der Fälle — von einigen vorzüglichen Heilungen abgesehen — schnell zum Tode führt. Das wissen auch die Laien nur zu gut.

Soll man nun einem Kranken, der mit der traurigen Voraussage des Krebses bekannt ist, die wahre Natur seines Leidens mitteilen und ihn damit für den Rest seines Lebens zu einer niederdrückenden Hoffnungslosigkeit verurteilen?

Manche Ärzte sagen: wir müssen den Krebskranken die Art ihres Leidens bekanntgeben, weil sie sonst zu der einzig richtigen Behandlung, der Operation, nicht überredet werden können. Ich möchte fast glauben, daß eher das Gegenteil richtig ist. Bei der Aufklärung, die jetzt im Publikum über die Notwendigkeit und auch die Gefahrlosigkeit chirurgischer Eingriffe herrscht, bietet es keine Schwierigkeiten, auch weniger intelligente Kranke zu einem chirurgischen Eingriff zu bestimmen. Man braucht dem Kranken nur zu sagen, daß es sich um eine Geschwulstbildung im Uterus, im Magen, in der Brust handelt, die später leicht bösartig werden

kann, und man wird mit der Zustimmung zur Operation keine Schwierigkeiten haben.

Mir will es immer als eine Grausamkeit erscheinen, wenn man den Kranken durch die Mitteilung, er leide an Krebs, zur Operation zwingen will. Durch das Wort „Krebs“ kann man sogar leicht den Kranken von der Operation abschrecken. Der Kranke wird sich sagen, daß der Krebs unheilbar ist, wird so die Operation für aussichtslos halten und seine Zustimmung verweigern.

Dem Krebskranken bringt die Bekanntgabe seines Leidens keinerlei Vorteile. Der Arzt handelt in Erfüllung seiner höchsten Menschenpflicht, wenn er neben seinen Bemühungen, das unheimliche Leiden radikal zu heilen, dem Kranken die wahre Natur des Leidens verschweigt. Von denjenigen meiner Kranken, die schon seit 10 und 20 Jahren von den verschiedensten Krebsformen vollkommen geheilt sind, weiß kein einziger, daß er an einem Krebs gelitten hat. Die einen wissen nur von einer Blinddarmentzündung (Kolonkarzinom), die anderen von einem Mastdarmgeschwür (Mastdarmkarzinom), wieder andere von einem Magengeschwür (Magenkarzinom), andere von einer unschuldigen Brustgeschwulst (Brustkrebs). Welchen Grübeleien wären diese Kranken wohl alle in den 10 und 20 Jahren ausgesetzt gewesen, wenn ich ihnen erklärt hätte, daß sie wegen eines Krebsleidens operiert werden müßten.

Ob man den Angehörigen des Krebskranken von der Diagnose Mitteilung machen soll, gehört eigentlich nicht hierher. Hervorgehoben werden darf aber auch hier, daß unsere Menschenpflicht und die Rücksichtnahme auf den Kranken uns im allgemeinen zwingen, auch den Angehörigen die wahre Natur des Leidens zu verschweigen. Ich habe es

nicht selten erlebt, daß, nachdem ich den Kranken mit Aufwendung großer Mühe über die Art seines Leidens beruhigt und dann der Frau oder dem Sohne die richtige Diagnose mitgeteilt hatte, der Kranke später von seinen Angehörigen doch den wahren Namen der Erkrankung erfuhr. Zumal in bäuerlichen Kreisen, in denen man die zarte Rücksichtnahme des Kulturmenschen und die Höflichkeit des Herzens nicht hoch einschätzt, kann man es erleben, daß im Verlaufe einer Auseinandersetzung dem Kranken zugerufen wird: „Sei du nur ruhig, du hast ja den Krebs, der Doktor hat es gesagt."

Fühlt man sich trotz dieser Bedenken gezwungen, jemanden ins Vertrauen zu ziehen, so sei man in der Wahl der Vertrauensperson sehr vorsichtig. Am besten wählt man nicht eine aus der nächsten Familie. Bei Eheleuten kann man es erleben, daß mit dem Augenblick, wo die Diagnose dem Ehegatten mitgeteilt wird, die eheliche Zuneigung einen starken Stoß bekommt, und die Sorge, sich durch den Krebs zu infizieren, jedes andere Gefühl überwuchert. Man wird in solchen Fällen im allgemeinen mit Ausdrücken unbestimmter Natur: bösartiges Geschwür, bösartige Neubildung, von der man nicht bestimmt sagen kann, was sie sei, zurechtkommen.

Daß unter der von mir geforderten Schonung des Kranken unsere Pflicht zur offenen Darlegung im Einzelfalle nicht leiden darf, ist selbstverständlich. Aber auch dann braucht das Wort Krebs nicht ausgesprochen zu werden. Verlangt von uns ein an Nierenkrebs erkrankter Großindustrieller, auf dessen Persönlichkeit ein großer Betrieb gegründet ist, vollkommene Klarheit über seinen Zustand, damit er seine Geschäfte danach einrichten könne, so werden wir ihm den Ernst der Lage nicht verheimlichen. Wir

werden ihm sagen, daß es sich bei ihm um einen geschwürigen Prozeß der Niere handle, der das Leben wohl bedrohe, aber unter Umständen durch den operativen Eingriff radikal geheilt werden könne. Das Wort Krebs braucht in keiner Weise genannt zu werden.

Ebenso werden wir einem an Magenkrebs erkrankten hohen Beamten, der in seiner wichtigen Stellung eine besonders schwierige Aufgabe zu bearbeiten hat, und der uns fragt, ob er dieselbe durchführen kann, nach der Art seines Leidens nicht dazu raten. Ich habe in einem solchen Falle dem Betreffenden auseinandergesetzt, daß durch die anstrengende Arbeit eine Verschlimmerung seines Leidens eintreten könne, und er hat sich, ohne sich viele Gedanken zu machen, meinem Rate gefügt. Er hat bis zu seinem Tode nichts über die wahre Natur seines Leidens erfahren. —

Hat man unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände den Kranken über die Art seines Leidens aufgeklärt, so ist die nächste Frage: Herr Doktor, wie komme ich nur zu dieser Krankheit?

Die allgemeine menschliche Eigentümlichkeit, den Ursachen aller Dinge mit der größten Gründlichkeit nachzugehen, erstreckt sich ganz besonders auf die Krankheiten. So wichtig das Forschen nach den Ursachen der Erkrankungen für den Arzt ist, und so bedeutungsvoll in jedem Falle eine peinlich sorgsame Anamnese ist, so unbefriedigend ist es oft für den Arzt, den Kranken über die Entstehung seines Leidens zu belehren, besonders dann, wenn der Arzt sich sagen muß, daß er es selbst nicht sicher weiß. Hat man sich mit aller Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit bemüht, einem an einer Nierentuberkulose

leidenden Kranken die Entstehung seines Leidens klarzumachen und ihm erzählt, wie die Tuberkelbazillen von einem abgekapselten Lungen- oder Drüsenherd plötzlich auf dem Blutwege in die Niere hineingewandert sind, so wird der Kranke ziemlich unbefriedigt den Arzt anschauen und weiter fragen: wie komme ich nur zu so was, ich war doch immer so gesund. Die meisten Menschen betrachten die ihnen auferlegten Erkrankungen als ein schweres Unrecht der Natur, auf das nur diejenigen Anspruch haben, die schon zeitlebens kränklich gewesen sind. Früher habe ich mich solchen Kranken gegenüber mit langen wissenschaftlichen Erörterungen abgequält. Mit zunehmenden Jahren und wachsender Erfahrung mache ich mir die Sache jetzt in der Regel etwas leichter. Kann ich den Kranken nicht aufklären, oder bin ich mir selbst nicht klar, was auch oft vorkommt, so stelle ich nach berühmtem Muster die Gegenfrage: Haben Sie sich vielleicht erkältet? Ein Leuchten geht über das Gesicht des Kranken. Erkältet hat sich jeder einmal, und befriedigt sagt er: Sehen Sie, Herr Doktor, das ist wohl möglich. Dann ist das Spiel gewonnen, und mit dieser Grundlage fällt es dann nicht schwer, in der Erklärung fortzufahren, wenn auch nicht immer in ganz wissenschaftlicher, so doch in einer den Kranken befriedigenden Weise.

Man soll sich mit seinen Erklärungen dem Begriffsvermögen des Laien möglichst anpassen. Es ist dem Laien, auch dem gebildeten, ganz unmöglich, sich in das ärztliche Denken hinein zu versetzen. Darauf beruht der Erfolg so mancher Ärzte, daß sie den Kranken diejenige Erklärung geben, die deren Begriffs- und Anschauungsvermögen entspricht. Das Wort Erkältung ist jedenfalls besser zu verstehen als ein Vortrag über die innere Sekretion oder Kon-

stitution. Bei einer Geschwulst ist es besser nach der Verletzung zu fragen, als von der embryonalen Anlage zu sprechen, oder gar zu sagen: die Ursache des Leidens kenne ich nicht. Den Kranken beschäftigt das, was er täglich erlebt, und dazu gehören in erster Linie Erkältungen und Verletzungen.

Als dritte Frage stellt der Kranke stets die nach der Dauer des Leidens. Welcher Arzt will die Dauer eines Leidens mit Sicherheit angeben? Eine Lungenentzündung kann in 8 Tagen abgeheilt sein: kommt ein Empyem dazu, so dauert sie 8 Wochen und länger. Das ärztliche Feingefühl muß entscheiden, welche Zeitdauer man angeben soll. Im allgemeinen keine zu lange Zeit! Sagt man bei einem Beinbruch 5 Wochen, so findet sich der Kranke damit besser ab, als wenn man ihm sagt: 10 Wochen. Ich kannte einen Kollegen, der bei leichteren Erkrankungen grundsätzlich sagte: es dauert 5 Tage und bei schwereren 5 Wochen. War nach der angegebenen Zeit die Heilung nicht eingetreten, so wurde die Dauer entsprechend verlängert. Der Kranke verübelt es dem Arzt mehr, wenn er die Krankheitsdauer als eine lange voraussagt, als umgekehrt. Ein vierteljähriges Krankenlager vor sich zu haben, dünkt jedem eine Ewigkeit. Ist das Vierteljahr herum, so ist die Zeit ganz schnell vergangen.

Nur bei gewissen chronischen Erkrankungen gebe man gleich im Anfang die Zeitdauer entsprechend lang an. Das gilt vornehmlich für die Tuberkulose. Bei einer tuberkulösen Gelenkentzündung sage man sofort: das dauert 2 Jahre. Dann kann sich der Kranke darauf einrichten und wird den Arzt nicht immer wieder mit neuen Fragen belästigen. Er sieht auch gleich, daß es sich um ein ernstes Leiden handelt, mit dem er sich in entsprechender Weise abzufinden hat.

Es konnte im vorstehenden naturgemäß nur auf einige der in der Überschrift genannten Dinge hingewiesen werden. Alles läßt sich nicht in Regeln fassen, wie überhaupt dieser Teil der ärztlichen Tätigkeit schwer gelehrt werden kann. Hier heißt es ganz besonders: der gute Arzt muß ein guter Mensch sein. Der Arzt soll bei allen solchen schwierigen Fragen nie an sich selbst denken und nicht überlegen, was ihm selbst schaden und nützen könne. Er soll sich stets in die Seele des Kranken hineinversetzen, der bei ihm nicht nur Hilfe, sondern auch ein tröstendes Wort sucht. Wenn er solche Überlegungen seinem Handeln zugrunde legt, wird er den rechten Weg nicht verfehlen.

Über die seelische Behandlung von Krebskranken und über die Krebsangst.

Seelische Krebsbehandlung? Soll etwa jetzt der Neurologe, der Psychiater die Krebsbehandlung übernehmen? Sollen durch eine suggestive Behandlung die Beschwerden der Kranken gebannt werden? Soll eine solche Behandlung an die Stelle der bisher — wie zugegeben werden muß — mit mangelhaftem Erfolg geübten Radikaloperation und der Strahlentherapie treten?

Ich bin der letzte, der die Notwendigkeit der Radikaloperation der Krebskrankheit leugnen möchte. In Wort und Schrift habe ich wiederholt betont, daß nur die Operation unsere Kranken von diesem furchtbaren Leiden befreien kann, und habe aus meiner operativen Tätigkeit wiederholt über erfreuliche Dauererfolge der operativen

Krebsbehandlung Mitteilung gemacht. Aber so erfreulich es ist, wenn man über Krebsheilungen von 25- und 30jähriger Dauer berichten kann, so bleibt das ganze furchtbare Elend, das durch die Krebskrankheit über die Menschheit verbreitet wird, unvermindert bestehen. Der größte Teil der Krebskranken kommt so spät zum Arzt, daß eine operative Behandlung nicht mehr möglich ist.

Von den 554 Krebskranken, die in den Jahren 1926 bis 1928 in die *Gulekesche* Klinik in Jena aufgenommen wurden, waren nur 224 = 40,43 Proz. operabel, dagegen 330 = 59,56 Proz. inoperabel. Nach *O. Strauß* sind von den 20000 Karzinomen des Uterushalses, die jährlich in Zugang kommen, nur 10 bis 20 Proz. operabel. Nach *v. Haberer* waren im Jahre 1926 von 637 in die Grazer Klinik aufgenommenen Krebskranken 311 absolut inoperabel. Von 272 Magenkrebskranken der I. Medizinischen Klinik in Wien waren, wie *Hitzenberger* und *Merkler* (W. kl. W. 1931, 20) mitteilen, 178 nicht operierbar. Von der Gesamtzahl waren etwa 2 (!) Proz. nach 5 Jahren rezidivfrei am Leben. Aus meiner eigenen Anstalt kann ich derartige absolute Zahlen nicht bringen, da bei uns mit Rücksicht auf den Charakter der Privatanstalt nur operable Fälle aufgenommen werden. Wenn ich meine tägliche Arbeit ungefähr überblicke, so ist es ganz sicher, daß von drei mir zur Beratung zugehenden Krebskranken immer nur einer operabel ist (30 von 100).

Was soll mit diesen armen Kranken geschehen, die einer Radikaloperation nicht mehr zugänglich sind? Es ist bekannt, daß jahraus, jahrein die Ärzte sich mehr und mehr bemühen, für diese Bedauernswerten Heilmittel zu ersinnen, und es vergeht kaum ein Tag, an dem nicht von irgendeiner Seite aus eine neue Behandlungsmethode des Krebses angepriesen wird.

Es erscheint müßig, auf all diese neuen Krebsmittel, von denen ich einen großen Teil selbst versucht habe, näher einzugehen. Hervorgehoben sei

nur, daß von den vielen angepriesenen Verfahren sich nur zwei einigermaßen bewährt haben, das ist auf der einen Seite die Strahlenbehandlung mit Röntgenlicht und Radium und auf der anderen Seite die Entfernung der Tumormassen mit der Elektrokoagulation. Gerade in allerneuester Zeit gelangen mehr und mehr günstige Berichte über diese beiden Verfahren zu unserer Kenntnis. Es ist sicher, daß eine gewisse Anzahl der Kranken, die mit dem Messer nicht mehr geheilt werden können, durch diese neuen Methoden, wenigstens für einige Zeit, Hilfe erhalten können.

Wenn wir auch die Aussichten dieser beiden neuen Methoden als sehr günstig ansehen, so wird doch immer eine große Anzahl von Krebskranken übrigbleiben, bei denen die Fortschritte des Leidens in keiner Weise aufgehalten werden können, die aber doch täglich von ihren Ärzten dringend und dringender ein Mittel gegen die Krankheit verlangen. Wie man diesen Kranken täglich neue Hoffnung macht, wie man sie mit Festigkeit und Zuversicht über die Tiefen ihres Leidens und über ihre Verzweiflung wegleitet, das muß jedes wahren Arztes eifrigste Sorge sein. Dem Kranken immer wieder von neuem Trost zu spenden, ihm die Gewißheit zu geben, daß das unheimliche Leiden heilbar ist, ihm zu versichern, daß er wieder ein nützliches Glied der Gesellschaft werden wird, das ist dasjenige, was ich unter der psychischen Behandlung des unheilbaren Krebses verstanden wissen möchte.

Eine derartige seelische Behandlung, wenn auch in etwas anderer Weise, benötigen auch die heilbaren Krebskranken. Man kann noch einen Schritt weitergehen und sagen, daß auch für die vermeintlichen (eingebildeten) Krebskranken

dringend eine seelische Behandlung erforderlich ist. Wenn ich behaupte, daß sich eines großen Teiles der Menschheit, nicht nur der gebildeten, eine Krebsunruhe, man kann fast sagen: eine Krebspsychose, bemächtigt hat, so glaube ich mit dieser Behauptung keine Übertreibung zu begehen. Wir leben in einer Zeit der medizinischen Halbbildung. Aus keiner Wissenschaft werden dem Publikum von Berufenen und Unberufenen soviel populäre Aufsätze, Lehrgänge übermittelt wie aus der Medizin. Der vortrefflichste Aufsatz aus dem Gebiete der Geschichte, der Rechtswissenschaft, der Literatur, der schönen Künste, ja selbst der Naturwissenschaften und der Technik, findet nicht soviel Anklang wie ein Aufsatz über ein aktuelles Thema der Medizin. So begrüßenswert auf der einen Seite die Teilnahme des Publikums für medizinische Fragen ist, einen rechten Erfolg von derartigen allgemeinverständlich gehaltenen Darstellungen habe ich nie gesehen. Ja, ich glaube ruhig sagen zu dürfen, daß die so geschaffene Halbbildung viel mehr Unheil als Vorteil gebracht hat und immer noch weiter bringen wird.

Wenn man als leidlich beschäftigter Arzt die Zahl seiner Kranken nicht einfach nach der Art ihrer Krankheiten einteilt, sondern sich am Ende einer besuchten Sprechstunde Rechenschaft darüber gibt, welcher seelische Vorgang den größten Teil der Kranken, mag es sich um ein einfaches Atherom, um eine harmlose Halsdrüse, um ein Fibrom der Mamma, um eine Übersäuerung des Magensaftes, um eine Gallensteinkolik, um Rückenschmerzen, um einen Hämorrhoidalknoten handeln, welcher seelische Vorgang diese Kranken zum Arzt getrieben hat, so erkennt man, daß es nicht so sehr das durch das betreffende Leiden ausgelöste körperliche Un-

behagen ist als die Sorge, an der betreffenden Stelle des Körpers eine unheimliche, vielleicht unheilbare Krankheit zu besitzen. Diese Kranken wollen vor allen Dingen eine Beruhigung darüber haben, daß nichts Bedenkliches bei ihnen vorliegt, und in der größten Mehrzahl der Fälle wollen sie hören, daß es sich nicht um ein Krebsleiden handelt. Früher war es mir peinlich, das Wort Krebs bei einer harmlosen Erkrankung überhaupt in den Mund zu nehmen, und ich fürchtete, durch eine Besprechung der Krebsmöglichkeit den Kranken unnütz zu beunruhigen. Heute bin ich fast so weit, daß ich nahezu jedem Kranken, wenn es sich nicht gerade um einen Knochenbruch, um eine akute Appendizitis, um ein Panaritium oder um ganz gleichgültige Dinge handelt, die Versicherung gebe: Sie brauchen sich keinerlei Sorge zu machen, bei Ihnen liegt nichts Bedenkliches vor, und vor allen Dingen kann von Krebs keine Rede sein. Wenn ich bei einer derartig beruhigenden Mitteilung den Gesichtsausdruck des Kranken betrachte, so bin ich immer wieder erstaunt, welch ein Zug der Erleichterung in seinen Zügen bemerkbar wird, und wie die ängstlich auf mich gerichteten Augen plötzlich hell und hoffnungsvoll aufleuchten. Der Kranke hat in seinem Inneren sicherlich schon lange mit der Möglichkeit des Krebses gerechnet und hat sich nur nicht getraut, dieser seiner Sorge offenen Ausdruck zu geben. Wenn man als erfahrener Mann auf diese fast immer vorhandenen Bedrückungen des Kranken eingeht, so bekommt man häufig ganz lehrreiche Antworten. Der eine sagt: „Na, das freut mich, Herr Doktor, aber wissen Sie, man liest und hört heute soviel von Krebs, und da wird man doch nachdenklich.“ Ein anderer sagt: „Da

bin ich aber sehr beruhigt, mein lieber Herr Doktor, ich hatte schon gedacht, ich hätte den Krebs und müßte gleich dableiben, um sofort operiert zu werden.“ Und im schlimmsten Falle sagt der Kranke: „Da bin ich Ihnen aber wirklich dankbar, mein lieber Herr Doktor. Wissen Sie, mein bester Freund hat mir schon immer gesagt, daß bei mir dasselbe vorläge wie bei seiner Mutter, die vor einem Jahre an Krebs gestorben ist.“

Man muß sich nur einmal ein wenig eingehend mit den Kranken beschäftigen, um sich zu überzeugen, welch eine Krebsfurcht sich der Menschheit bemächtigt hat. Der Krebs spielt in der Unterhaltung der Laienwelt eine große Rolle. Das Schicksal eines armen Krebskranken wird in dessen Bekanntenkreisen immer und immer wieder besprochen. Grausliche Einzelheiten von seinen Qualen und zumal von den vorgenommenen operativen Eingriffen werden mit der bekannten Übertreibung besonders gern erzählt. Auch unschuldige Krankheiten werden als Krebs gedeutet. Irgendeine Persönlichkeit in den mittleren Lebensjahren muß nur einmal an einem länger dauernden Gallensteinleiden, an einem Magengeschwür, an einer Mastdarmfistel erkranken, sofort wird in ihrem Bekanntenkreis die Frage erörtert, ob nicht ein Krebs vorliege. Und wie oft erleben wir es, daß ein guter Freund einem an Hämorrhoiden leidenden Kranken warnend sagt: „Sieh nur zu, daß du keinen Krebs bekommst; bei meinem Vater hat es geradeso angefangen wie bei dir, und der ist daran gestorben.“

Sind wir Ärzte an dieser weitverbreiteten Krebsfurcht unschuldig? Bemühen wir uns, dem Publikum und noch mehr unseren Kranken diese Krebsfurcht zu nehmen? Meines Erachtens ganz

gewiß nicht. Auf die vielen populären Vorträge und Aufsätze wurde schon hingewiesen. Den Nutzen derartiger Belehrungsversuche rechne ich gleich Null, den Schaden dagegen für ungeheuerlich. *Liek* berichtet, daß in Danzig vor einigen Jahren ein berühmter Arzt und ausgezeichneter Forscher einen sehr eindrucksvollen Vortrag: „Ist der Krebs heilbar?“ hielt. In den nächsten Wochen wurde *Liek* von Dutzenden gesunder Leute aufgesucht, die befürchteten, krebsleidend zu sein. Das seelische Gleichgewicht dieser Menschen wiederherzustellen, war nicht immer ganz leicht.

Daß auf diese Weise wirklich einmal ein Krebsleiden früher zur Kenntnis kommt, ist möglich, aber meines Erachtens sehr selten. Und wenn wirklich einmal das der Fall ist, die schwere Beunruhigung, die durch derartige volkstümliche Vorträge in die Laienkreise getragen wird, ist so schlimm, daß sie durch einen gelegentlichen Erfolg nicht ausgeglichen werden kann. Ein Kollege meinte kürzlich, man müßte einmal eine Krebswoche abhalten. Gott bewahre uns davor! Wie sich die Reichsgesundheitswoche ausgewirkt hat, das hat *Liek* in beredten Worten auseinandergesetzt. Man nimmt damit dem Volke die naive Freude an der Gesundheit und macht es mit aller Gewalt zu Hysterikern und Hypochondern. „Ein gesunder Körper, eine gesunde Seele sind ein besserer Schutz als alle Aufklärungen, besser als Fahnenumzüge, Filme und Musik.“

Ein Kollege hat vor einiger Zeit gefordert, daß alle Menschen vom 5. Jahrzehnt ab sich regelmäßig einer Untersuchung ihres Körpers, besonders auf Krebs, unterziehen sollten. Ein anderer hat gefordert, daß alle Frauen vom 40. Jahre ab alle vier

Wochen vor dem Spiegel eine genaue Besichtigung und Betastung ihrer Brüste vornehmen sollten. Ein vorsichtiger Arzt muß auch vor der Befolgung dieser Anregungen dringend warnen. Die Krebskranken werden auf diese Weise mit großer Wahrscheinlichkeit nicht erfaßt, und diejenigen, die sich der verlangten Untersuchung unterziehen, werden in ihrem seelischen Gleichgewicht so sehr geschädigt, daß es Mühe haben wird, sie wieder ins Geleise zu bringen. Die Unruhe, die auf diese Weise bei häufig wiederholten Untersuchungen in unsere Frauenwelt hineingetragen würde, kann nicht ernst genug genommen werden. Man muß nur wissen, was es für eine Frau bedeutet, sich wegen Krebsverdacht untersuchen zu lassen. Wir machen uns ja keine Vorstellung von der seelischen Erregung, mit der eine Frau, die sich für krebsleidend hält, in das Zimmer des Arztes eintritt. Wenn wir wirklich einmal bei diesen Zwangsuntersuchungen einen Krebsfall entdecken, was will das heißen gegen die gewaltige seelische Erschütterung, welche 99 Proz. unserer Frauen bei derartigen Maßnahmen erleiden würden.

Wir Ärzte berücksichtigen im allgemeinen viel zu wenig, welche Erregung allein das Wort „Krebs" bei unseren Kranken hervorruft. Bedenken wir doch nur einmal, wie sehr wir selbst aus unserer Gemütsruhe aufgeschreckt werden, wenn wir an unserem eigenen Körper bei irgendwelchen harmlosen Beschwerden die Möglichkeit eines Krebses erwägen. Wie oft kommen Kollegen zu mir mit ganz harmlosen Darmerkrankungen, mit unschädlichen Zungenaffektionen, mit ganz einfachen Hautwarzen und bitten mich, sie auf das Vorhandensein von Krebs zu untersuchen. Jeder Arzt, der die Krebs-

furcht an sich selbst erlebt hat, wird seine Kranken niemals mit der Möglichkeit eines Krebses ängstigen. Wer einer Frau bei einer harmlosen Brustgeschwulst davon spricht, daß daraus einmal ein Karzinom werden könne, wer einen Kranken mit Magengeschwür dadurch zur Operation zu überreden sucht, daß er ihm von der Möglichkeit einer krebsigen Entartung spricht, wer einem Mann mit einer Leukoplakie der Zunge einen Vortrag über den Zungenkrebs hält, der hat die wesentlichen Eigenschaften des Arztes, das Beruhigen und Aufrichten, sich noch nicht zu eigen gemacht.

Wie oft hören wir, daß die Ärzte ihren Bekannten recht grausliche Geschichten aus der Praxis erzählen. Eine recht ängstliche Kranke meiner Klientel war dadurch von einer nicht zu beseitigenden Krebsfurcht befallen, daß ein ihr bekannter Arzt bei jedem geselligen Zusammensein von den Qualen zweier krebskranker Frauen fürchterliche Schilderungen gemacht hatte. Die Arme hatte bald einen Magenkrebs, bald einen Brustkrebs, bald einen Blasenkrebs, und nur mit allergrößter Mühe gelang es, sie von ihrem Wahn zu befreien.

Und wie soll sich der Arzt verhalten, wenn wirklich ein Krebsleiden vorliegt?

Über diese Frage habe ich mich schon wiederholt eingehend geäußert. Auf Grund einer langen Erfahrung bin ich zu der festen Überzeugung gekommen, daß einem wirklichen Krebskranken die Art seines Leidens unter keinen Umständen mitgeteilt werden darf. Ich habe deswegen viel Widerspruch erfahren, sowohl in ärztlichen wie in Laienkreisen, und ich weiß, daß sehr viele der von mir behandelten Familien mir dieses Verschweigen sehr übel genommen haben, und daß einige

sogar meine diagnostischen Fähigkeiten angezweifelt haben. Auf der anderen Seite weiß ich aber auch wiederum, wieviel arme Kranke mir bis zum Lebensende dankbar geblieben sind dafür, daß ich ihnen ihr Leiden als harmlos hingestellt habe, und wie sie — es klingt ja etwas merkwürdig — in der Überzeugung, bald wieder gesund zu werden, aus dieser Welt geschieden sind.

In Nr. 10 des laufenden Jahrganges des „Deutschen Ärzteblattes" führt *Neubert* (Dresden) aus, daß man in nächster Zukunft dafür Sorge zu tragen habe, daß dem Krebskranken die Art seines Leidens mitgeteilt werde. *Neubert* fordert das im Interesse einer besseren Bekämpfung des Krebses. Freilich gibt er zu, daß wir dadurch den Krebskranken in einen Wirbel von Angstvorstellungen hineinstürzen. *Neubert* glaubt aber, daß durch eine richtige Aufklärung dem Krebskranken diese Angst genommen werden könne. Der Patient müsse darauf hingewiesen werden, daß er durch richtige, sachverständige Behandlung in kurzer Zeit wieder gesund und arbeitsfähig sein werde. Ebenso wie die Tuberkulose ihren Schrecken verloren habe, ebenso würde bei einer richtigen Aufklärung auch der Krebs seinen Schrecken verlieren.

Den Optimismus des Herrn *Neubert* in allen Ehren. Wo sind aber die Anzeichen dafür vorhanden, daß bei einer frühzeitigen Behandlung der Krebskranke wirklich bald wieder gesund und arbeitsfähig werden könne? Erfahren wir nicht täglich, daß bei frühester Frühoperation auch der Krebs bald wieder rückfällig werden kann? Und wie ist es denn mit der Frühoperation? Ich verweise auf die oben genannten Zahlen von *Guleke*, *v. Haberer*, *Hitzenberger* und *Merkler*, nach denen

kaum die Hälfte der zur Behandlung kommenden Krebskranken noch operabel ist. Der Krebs bleibt für die Bevölkerung zunächst noch der große Schrecken und wird es nach meiner Überzeugung sicher bleiben. So sehr ich dafür eintrete, die frühzeitige operative oder radiologische Behandlung des Krebses mehr und mehr zu fordern, unsere Erfolge auf diesem Gebiet werden immer nur Stückwerk bleiben. Und so sehr der erfahrene Chirurg sich erfreuen darf an glänzenden, viele Jahrzehnte hindurch dauernden Erfolgen, so muß er doch täglich sehen, wie klein diese Erfolge sind gegenüber den vielen Mißerfolgen und Rückfällen.

Die Erfassung der Krebskranken durch eine Krebsfürsorge erscheint unmöglich. *Scheyer* (D. Ä.-Bl. 1931, S. 201) führt sehr richtig aus, daß die Bezeichnung Fürsorge den Geschwulstkrankheiten gegenüber nicht am Platze sei. Fürsorge- und Behandlungsstellen seien unbedingt abzulehnen. Wichtig sei die Nachbeobachtung, die verhüten soll, daß Operierte oder Bestrahlte sich der Nachbehandlung entziehen. Und *Meirowsky* (Köln) schreibt: „Wenn sich eine Erkrankung nicht zur fürsorglichen Erfassung eignet, so ist es der Krebs. Fürsorgestellen für Krebskranke sind unter allen Umständen abzulehnen. Bei der Behandlung eines Krebskranken ist nur der frei praktizierende Arzt imstande, seine ganze Persönlichkeit in den Dienst des kranken Menschen zu stellen."

Die Durchbildung der Ärzte muß so weit gefördert werden, daß sie die Diagnose stellen und den Kranken an die richtige Stelle schicken können. Vieles ist in dieser Beziehung schon besser geworden. In Münster ist nach dem Bericht von *Esch* in der dortigen Frauenklinik keine einzige Krebskranke

mehr gefunden worden, die ohne vorherige vaginale Untersuchung durch den behandelnden Arzt eingeliefert wurde. In Berlin und Köln sollen die Verhältnisse nicht so günstig liegen. Vieles bleibt sicher noch zu wünschen übrig. Wenn man nahezu wöchentlich erleben muß, daß Mastdarmkrebskranke monatelang als Hämorrhoidenkranke behandelt worden sind, ohne daß auch nur einmal der Finger in den After eingeführt worden ist, da muß man schon sagen, daß vieles noch im argen liegt. Hier muß die ärztliche Fortbildung einsetzen, nicht in Form von Vorträgen, die sich schön anhören und morgen vergessen sind, sondern in Form von praktischen Übungen, die in einem größeren Krankenhaus zu erledigen sind. Wer auch nur einmal drei Tage lang einer chirurgischen Sprechstunde beigewohnt hat und jeden Magen-Darmkranken und auch jeden sonst von unbestimmten Erscheinungen heimgesuchten Kranken hat mit dem Finger im Mastdarm untersuchen müssen, der wird in seiner Praxis kein Mastdarmkarzinom mehr übersehen.

Die gute Ausbildung der Ärzte in der Frühdiagnose des Krebses dürfte die beste Waffe bei der Krebsbekämpfung sein und bleiben. Die von *Teschendorf*[1]) neuerdings geforderte Krebszentrale kann in der von *Teschendorf* verlangten Ausdehnung die Zustimmung der ärztlichen Kreise nicht finden. *Teschendorf* will bekanntlich eine Zentralisierung der Geschwulstbehandlung unter Führung der Radiologie vornehmen: Neugründung von strahlentherapeutischen selbständigen Kliniken, Meldepflicht aller Ärzte und Krankenhäuser für sämtliche zugehende Krebsfälle, Behandlung bestimmter Krebse (Lippe,

[1]) Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge, 2. J., 2.

Haut, Mund) nur auf radiologischem Wege, Pflicht aller Chirurgen, über jede Operation der genannten Zentrale Rechenschaft zu geben und eine Kartothek über alle Fälle anzulegen, Festsetzung der Strahlennachbehandlung im Einvernehmen mit der Krebszentrale, Fortbildung der Ärzte ausschließlich in den genannten Krebsbekämpfungszentralen.

Den *Teschendorf'schen* Forderungen ist eine große Gründlichkeit nicht abzusprechen. An die Stelle der Chirurgie, die doch einiges in der Krebsbekämpfung geleistet hat, setzt er kurzerhand die Radiologie. *Küttner, Sauerbruch* und *Schmieden* haben die Einwürfe der deutschen Chirurgen gegen diese geplante Neuordnung der Krebsbehandlung in trefflichen Worten ausgedrückt. Es wird keinen deutschen Chirurgen geben, der nicht der Einrichtung von mit derartigen Machtmitteln ausgestatteten Krebsinstituten den schärfsten Widerstand entgegensetzen wird. Jeder Chirurg wird der Radiologie das Recht bestreiten, in dieser diktatorischen Weise über die Diagnose und Therapie der Karzinome allein entscheiden zu wollen.

Wir wollen auf die großen Gefahren, die von der Einrichtung derartiger Zentralen drohen, nicht näher eingehen. Hinweisen müssen wir aber auch an dieser Stelle auf die unheimliche Krebspanik, die sich bei der Einrichtung solcher Krebsanstalten der Bevölkerung bemächtigen würde. Die seelische Ruhe eines großen Teiles unserer Volksgenossen würde durch eine derartige Neueinrichtung in höchstem Grade beeinträchtigt werden. Beruhigen und aufrichten erscheint zunächst noch wichtiger als eine in der geforderten Weise betriebene Krebsfürsorge.

Die immer wieder angeführte Tatsache, daß die Tuberkulose nur durch die neuzeitliche Auf-

klärung und Fürsorge ihre Schrecken verloren habe, kann zugunsten der geplanten Krebsfürsorge nicht verwendet werden. Die Tuberkulose ist von jeher ein heilbares Leiden und ist es durch die Fortschritte der Neuzeit noch mehr geworden. Das weiß auch der Laie. Bei der Tuberkulose dürfen und *müssen* wir dem Kranken die Art des Leidens offen darlegen, nur so können wir eine Befolgung der von uns empfohlenen Maßregeln erreichen. Wir dürfen dabei mit gutem Gewissen unseren Kranken versichern, daß die völlige Heilung des Leidens mit Sicherheit zu erwarten ist.

Der *Krebs* gilt gegenüber der Tuberkulose sowohl bei Ärzten, als auch bei Laien als ein *unheilbares Leiden*. Von den wenigen dauernd Geheilten wird kaum gesprochen, wohl aber werden täglich die Qualen, die der Krebs bei vielen Menschen hervorgerufen hat, in lebhaften Farben geschildert. Für den Laien ist das Wort Krebs gleichbedeutend mit Lebensende oder mindestens mit dem Ende der Lebensfreudigkeit. Sollen wir wirklich unter diesen Umständen dem Kranken seine Sorgen mehren, ihm sein Todesurteil aussprechen, wo wir es in der Hand haben, ihn durch eine beruhigende Erklärung über seine dunklen Grübeleien hinwegzubringen?

Allen denjenigen Kollegen, die die Bekanntgabe der Diagnose an die Krebskranken fordern, möchte ich zu überlegen geben, in welche seelische Verfassung sie selbst geraten würden, wenn man ihnen mitteilte, daß sie an Krebs leiden. Sollen wir Ärzte unsere Kranken anders behandeln, als wir selbst im geeigneten Falle behandelt sein wollen? Man komme mir doch nicht mit der Gegenantwort, die wir auch von unseren Patienten alle Tage hören müssen: „Herr Doktor, ich kann alles vertragen,

sagen Sie mir die reine Wahrheit.“ Gerade diese Kranken habe ich unter einer ungünstigen Auskunft am allerersten zusammenbrechen sehen, und viele haben mir von einem anderen Kollegen nachher erzählt: „Das hätte der Herr Doktor uns doch nicht mitteilen dürfen.“

Sehr erfreulich ist es, daß in neuerer Zeit von autoritativer Seite aus betont worden ist: „Die Diagnose Krebs darf man den Patienten nie mitteilen.“ Das sagt der erfahrene *Hochenegg*, und dasselbe sagt *Kappis*, der mit Recht darauf hinweist, daß eine solche Mitteilung mehr oder weniger unverblümt besagt: „Sie sind ein Todeskandidat.“

Viele Ärzte betonen, es sei auf keine andere Weise möglich, die Krebskranken zur Operation zu bringen als dadurch, daß man ihnen die Art ihres Leidens bekanntgebe. Wenn *Hochenegg*, der wohl die größte Zahl von Mastdarmkarzinomen operiert hat, sich in der obengenannten Weise ausdrückt, muß es doch wohl noch andere Methoden geben, um die Kranken zur Operation zu bewegen. Und ich selbst kann auf Grund einer nicht gerade kleinen Erfahrung sagen, daß ich nie gezwungen war, von Krebs zu sprechen, um einem Kranken die Notwendigkeit einer Operation darzulegen. Selbstverständlich werde ich einen Kranken, der an einem Magen- oder Darmkrebs leidet, mit eindringlichen Worten darauf aufmerksam machen, daß das Unterlassen der Operation leicht zu schweren Folgen führen könne. Heute weiß jeder, was das heißt. Auf die Frage: „Liegt ein Krebs vor?“ antworte ich aber immer regelmäßig: „Es handelt sich nicht um Krebs. Wenn Sie aber ganz gesund werden wollen, so müssen Sie operiert werden.“

Auch ich kenne Kranke genug, die meinem Rate zur Operation nicht gefolgt sind und die lieber

sich in die Behandlung eines Magnetopathen, eines Lehmbehandlers, eines Zeileisinstitutes begeben haben. Es mag sein, daß vielleicht einer oder der andere dieser Kranken durch die Nennung des Wortes Krebs sich zur Operation entschieden hätte. Ich bin aber der festen Überzeugung, daß ein solches Wort bei allen meinen Patienten mehr Unheil angestiftet hätte als eine gelegentliche Unterlassung der Operation, von der man immer noch nicht weiß, ob sie zu einem dauernden Erfolg geführt haben würde. Das beruhigende, tröstende Aufrichten eines Kranken scheint mir im Grunde doch noch wichtiger, als ihn durch rücksichtslose Offenheit und durch Darlegung der ihm bevorstehenden Schrecken zu einer Operation zu bewegen.

Es gibt zweifellos robuste Menschen, die das Wort Karzinom nicht so schwer nehmen, besonders in unserer bäuerlichen Bevölkerung, die sich mit den letzten Dingen leichter abfindet als unsere nervöse städtische Bevölkerung, und die durch das Wort Krebs nicht zu sehr in Schrecken versetzt wird. Daß aber auch im Kopfe eines einfachen Landwirtes das Wort Krebs die Überzeugung auslöst: „Mit dir ist es jetzt zu Ende“, das weiß ich aus verschiedenen Beobachtungen durchaus sicher. Der Bauer wird nur mit dieser Tatsache leichter fertig. Wie er weiß, daß er mit 60 Jahren seinen Hof seinem Sohne übergeben muß, so weiß er auch, daß um die Zeit seinem Leben bald ein Ende gesetzt ist, und er nimmt es nicht so tragisch, wie das Ende zustande kommt. Für die Mehrzahl unserer Mitmenschen bleibt aber das Wort Krebs der Schrecken, von dem sie sich so leicht nicht wieder zu erholen vermögen.

Wenn der Arzt sich gezwungen sieht, seinen Krebskranken die wahre Diagnose mitzuteilen, so

kann er dabei auch von anderen Überlegungen ausgehen. Er sagt sich, daß seinem Ruf als Arzt nicht unbeträchtliche Gefahren drohen, wenn es bekannt wird, daß er eine falsche Diagnose gestellt hat. Wie außerordentlich häufig muß man hören: „Ich darf dem Kranken die Diagnose Krebs nicht verschweigen. Er erhält sie sonst von einer anderen Seite mitgeteilt. Ich stehe dann als Ignorant da, und mit meinem Ansehen in meinem Bezirk ist es vorbei. Solche Fehldiagnosen werden am Biertisch und im Kaffeeklatsch ausführlichst besprochen, und der Doktor, der die Krankheit nicht erkannt hat, wird mit den entsprechenden Beiworten belegt."

Es ist sicherlich zuzugeben, daß für den Arzt in einem kleinen Bezirk solche Überlegungen durchaus berechtigt sind. Bei der Schwere des heutigen wirtschaftlichen Kampfes muß der Arzt alles vermeiden, was sein Ansehen irgendwie schädigen und was ihm den mühseligen Erwerb weiter erschweren kann. So darf man einen Kollegen, der einem Kranken die Diagnose Krebs mitteilt, nicht allzu scharf beurteilen. Aber gibt es denn nicht eine andere Methode, um den Vorwurf einer falschen Diagnose zu vermeiden? Schon im Anfang meiner Tätigkeit hat mir ein sehr bewanderter und zuverlässiger Kollege erzählt, daß er es streng vermeide, dem Kranken selbst gegenüber das Wort Krebs auszusprechen, daß er sich dagegen immer in der Familie des Betreffenden eine Vertrauensperson aussuche und ihr die richtige Diagnose mitteile. Dieser Vertrauensmann fühle sich in der Regel sehr geehrt und diene dem betreffenden Arzte als Zeuge, wenn wirklich einmal von anderer Seite die richtige Diagnose bekanntgegeben würde.

Ich habe seitdem vielen Kollegen dieses Verfahren empfohlen und wiederholt gehört, daß sie damit in recht befriedigender Weise zurecht gekommen sind. Auch ich selbst verfahre gelegentlich so. Ich möchte aber doch zu größter Vorsicht raten, zumal bei der Auswahl der betreffenden Vertrauensperson. Ganz ausgeschlossen ist die Frau des Betreffenden und überhaupt jedes weibliche Wesen. Ich gebe gerne zu, daß hin und wieder eine Frau sich findet, die alles ihr Anvertraute gut bewahrt, die größte Mehrzahl (99,5 Proz.) hat aber doch immer eine gute Freundin, an die sie das Anvertraute weitergibt. Und so nimmt das Schicksal seinen Lauf.

Auch mit Männern muß man recht vorsichtig sein. Die meisten Männer können ein solches Geheimnis nicht wahren, zum mindesten nicht vor ihrer Frau. Man muß seine Leute schon gut kennen und eine strenge Auswahl treffen, wenn man ihnen eine solche Diagnose bekanntgeben will. Ich will nicht leugnen, daß ich im Laufe der Jahre manche vortreffliche Männer gefunden habe, die in verständnisvoller Weise auf meine Absichten eingegangen sind, das ihnen anvertraute Wort bei sich bewahrt und in der von mir empfohlenen Weise in der Familie beruhigend und tröstend gewirkt haben. Erst vor kurzem erhielt ich von einem Herrn eine Zuschrift, in der er sich für die von mir angewandte Methode herzlich bedankte.

Es handelte sich um einen Verwandten dieses Herrn, der an einem inoperablen Mastdarmkarzinom litt. Der Kranke hing so am Leben, daß er bei der Bekanntgabe der richtigen Diagnose sicherlich den schwersten seelischen Schock erlitten hätte. Die Frau und zwei Töchter waren dem Mann und Vater in größter Liebe zugetan. Das Wort Krebs würde sie aufs schwerste getroffen und es

ihnen unmöglich gemacht haben, dem Kranken die Lebensfreudigkeit zu erhalten. Da wandte ich mich an diesen Verwandten (Schwiegersohn), der mir als ein sehr zuverlässiger Mann bekannt war, legte ihm die Sachlage dar und zeigte ihm, wie er seinerseits zur Beruhigung des Kranken und der Familie beitragen könne, ohne dabei den Ernst der Sachlage ganz zu verleugnen. Der Krebskranke lebte noch drei Jahre. Es gelang, ihm bis zum letzten Augenblick die Hoffnung auf Heilung zu erhalten. In den letzten Tagen erhielt ich von dem Schwiegersohn einen Brief, worin er schreibt: „Ich bin der einzige der Familie, dem Sie den wahren Sachverhalt schon seinerzeit mitgeteilt haben. Keines der anderen Familienmitglieder hat auch inzwischen etwas davon erfahren. Trotzdem sie sehen, daß der Patient andauernd schlechter wird, haben sie immer wieder das zeitweilige Vertrauen, daß es sich doch nicht um Krebs handelt. Ich bin überzeugt, daß es Ihnen weiter gelingen wird, den Patienten zu beruhigen und seelisch zu stärken. Er hängt mehr am Leben, als ich je gedacht hätte. Ich danke Ihnen herzlich für die menschenfreundliche Art, mit der Sie ihn behandeln."

Ich will nicht verschweigen, daß ich auch schon andere Briefe bekommen habe. Vor einiger Zeit teilte mir der Sohn eines Verstorbenen sehr entrüstet mit, daß ich bei seinem Vater die Krebsdiagnose nicht gestellt hätte, obwohl doch ein später zugezogener Arzt Krebs im höchsten Grade erkannt hätte.

Gelingt es, eine zuverlässige Persönlichkeit als Vertrauensperson zu gewinnen, so darf man ohne Sorgen der Entwicklung des Leidens und der Vollendung des Verhängnisses entgegensehen. Nicht immer wird man einen solchen Menschen finden, und da bleibt dann nur der Ausweg, entweder die Diagnose ganz für sich zu behalten und alle Folgen zu tragen, oder aber auf die Schonung der Psyche des Kranken zu verzichten.

Die Einstellung der Ärzte gegenüber diesen Problemen unseres Berufes ist verschieden. Im all-

gemeinen darf man sagen, daß man in der Jugend derartigen Dingen ziemlich kühl gegenübersteht. Man macht seine Diagnose, spricht sie offen aus und sucht den Kranken, so gut es geht, von dem Leiden zu befreien. Was soll man sich da viel mit Gedanken über die Psyche plagen?

Mit den Jahren wird man umständlicher, und erst nach einer Reihe von Erlebnissen überlegt man sich, ob es nicht doch besser wäre, den Patienten manches zu verschweigen, was man in jugendlichem Ungestüm weiter nicht beachtet hat. So wird man auch bei der Krebskrankheit die Schonung der Psyche immer mehr in den Vordergrund stellen, wenn man auch dabei oft seinen Ruf als guter Arzt aufs Spiel setzen muß.

Diese Gefahr besteht zweifellos. Aber wo ist bei den heutigen Verhältnissen der Arzt zu finden, dem nicht vom Publikum aus den verschiedensten Ursachen leicht ein Vorwurf wegen falscher Diagnose oder falscher Behandlung gemacht wird? Was erleben wir nicht heute tagtäglich? Falsche Diagnose, falsche Behandlung, Schädigung der Gesundheit, Verschlimmerung; alle solchen Vorwürfe werden jedem beschäftigten Arzt in mehr oder minder verblümter Weise täglich übermittelt. Allen diesen Dingen gegenüber spielt der Vorwurf einer versäumten Krebsdiagnose nur eine geringe Rolle. Der beschäftigte Arzt hat sich so sehr daran gewöhnt, für die Verschlimmerung der Krankheit, für alle Zwischenfälle, ja auch für die Todesfälle verantwortlich gemacht zu werden, daß die angeblich versäumten Krebsdiagnosen demgegenüber kaum in Betracht kommen. Es ist bedauerlich, daß unser eifriges Bemühen keine bessere Anerkennung findet, aber wir können es nicht ändern. Wir können nur

mit dem Schüler sagen: „Tut nicht ein braver Mann genug, die Kunst, die man ihm übertrug, gewissenhaft und pünktlich auszuüben?“ Das Bewußtsein der erfüllten Pflicht wird uns leicht über alle derartigen Vorwürfe hinwegbringen. Und weiter: muß nicht ein solcher Brief, wie ich ihn oben mitgeteilt habe, uns mehr erfreuen, als alle von unverständigen Menschen gemachten Vorwürfe uns verstimmen können? Muß es uns nicht mehr beglücken, einem armen Krebskranken bis zu seinem Lebensende den Glauben ans Gesundwerden erhalten zu haben, als wenn von der Familie zum Schluß anerkennend gesagt wird: „Unser Doktor hat es gleich richtig erkannt und von Anfang an gesagt, daß nichts zu machen sei.“

Glücklicherweise sind solche Zuschriften, wie ich sie oben genannt habe, nicht so ganz selten. Wie oft haben mir Frauen, denen ich den wahren Charakter des Leidens ihres schwerkranken Mannes verschwiegen habe, später gesagt, daß sie nur durch meine ständige Hoffnungsfreudigkeit und durch meine Versicherung, daß das Leiden heilbar sei, die Möglichkeit gefunden hätten, ihrem Manne täglich wieder mit zuversichtlichen Mienen und heiteren Augen gegenüberzutreten und auch ihrerseits in ihm die Hoffnung auf Heilung wachzuhalten. Ich weiß sogar von Frauen, die es mir vorübergehend übelgenommen haben, daß ich ihnen die richtige Diagnose verschwiegen habe. Später haben sie aber doch eingesehen, daß ihre seelische Ruhe bei der von mir angewandten Methode besser gewahrt geblieben war, und daß ihre Sicherheit den Klagen ihres Mannes gegenüber bestimmt einen argen Stoß bekommen hätte, wenn ihnen das wahre Leiden ihres Mannes bekanntgegeben worden wäre.

Die Behandlung jedes unheilbaren Krebskranken in der Praxis erfordert die volle Hingabe des Arztes, auch wenn der Krankheitsfall durchaus aussichtslos erscheint. Ein solcher Kranker will mit besonderer Gründlichkeit über die Art seines Leidens beraten sein und will für jede der vielen quälenden Beschwerden ein Linderungsmittel verordnet haben. Der Arzt muß sich mit einem solchen Karzinomkranken besonders eingehend beschäftigen und muß ihm mit der ganzen Kraft seiner Persönlichkeit auseinandersetzen, daß mit einem bestimmten Behandlungsmodus das Leiden, wenn auch erst nach langer Zeit, zu beseitigen ist. Man muß dann all die großen und kleinen durch das Karzinom bedingten Beschwerden zum Teil symptomatisch, zum Teil suggestiv in Behandlung nehmen und wird oft einen ganz überraschenden Erfolg für kürzere oder längere Zeit erzielen. Leider sind viele Ärzte diesen armen Karzinomkranken gegenüber viel zu pessimistisch eingestellt. Vielfach sind wir auch zu schlechte Praktiker, um uns mit der symptomatischen Behandlung solcher doch verlorener und aussichtsloser Fälle zu beschäftigen. Wer in sich nicht den Beruf fühlt, sich dieser bedauerlichen Kranken und aller ihrer vielfachen Beschwerden mit Liebe anzunehmen, der wird natürlich keinen Erfolg bei der Behandlung der unheilbaren Krebskranken erzielen. Woher kommt es denn, daß viele Kranke die Schulmedizin verlassen und ins Lager der Lehmbehandler, der Homöopathen, der Naturheilkundigen übergehen? Bei allen diesen Nichtmedizinern finden sie ein offenes Ohr für alle ihre Klagen und Beschwerden. Eine kleine Änderung der Lebensweise, ein unschuldiges, in besonderer Form dargereichtes Mittel, Packungen der ver-

schiedensten Art, Spülungen mit Pflanzenabgüssen, alles in geeigneter Form zusammen verordnet, vermag in vielen Fällen dem Kranken große Erleichterung zu bringen und in ihm das Gefühl der Heilung entstehen zu lassen. Man denke doch nur an die vielen unheilbaren Mastdarmkarzinomkranken mit ihrem ständigen Stuhldrang, ihren blutigen Ausscheidungen und heftigsten Schmerzen: wie leicht gelingt es durch entsprechende Einläufe, Wärmeanwendung, Bäder, Aufschläge die Beschwerden so weit zum Rückgang zu bringen, daß die Kranken ihre Arbeit wieder aufnehmen können. Manchmal muß man natürlich mit der Anlegung eines künstlichen Afters nachhelfen; aber gerade solche Kranke können, wie *Enderlen* berichtet, noch 10 und 15 Jahre mit ihrem Karzinom leben. Sicherlich können wir gerade bei der Behandlung dieser Kranken von der Homöopathie und Naturheilkunde viel lernen, lernen vor allen Dingen das Eingehen auf jede noch so unwesentliche Klage des Kranken und lernen das unerschütterlich zuversichtliche und beruhigende Verhalten gegenüber allen, von dem Kranken immer wieder geäußerten ängstlichen Fragen.

Wer sich alle diese täglich in anderer Form neu aufzuwendenden Mühen nicht verdrießen läßt, der wird seinen unheilbaren Karzinomkranken nicht nur ein gütiger Berater, sondern ein wirklicher menschenfreundlicher Arzt, d. h. Heilbringer sein. Wer es versteht, jedem immer wieder frisch auftauchenden Zweifel seines Patienten mit Sicherheit, Freundlichkeit und Güte zu begegnen, der wird auch bei diesen Kranken den Erfolg nicht vermissen. Ein Magenkarzinom herausschneiden, kann nach *Bier* jeder junge Assistent. Aber einen unheilbaren Karzinomkranken über alle Tiefen seiner seelischen Beschwer-

den, über das Gefühl der zunehmenden Hilflosigkeit und Schwäche hinwegzubringen, das erfordert die volle selbstlose Hingabe eines sich seiner Verantwortlichkeit und seines Könnens bewußten Arztes. Muß es nicht jedem ein erstrebenswertes Ziel scheinen, diesen Unglücklichen bis zum Schluß ihres Daseins die Hoffnung auf Besserung erhalten und die schwarzen Gedanken der Unheilbarkeit vertrieben zu haben? Wer allerdings den Karzinomkranken nur so lange für behandelnswert hält, als er irgendwie mit dem Messer zu operieren und mit Radium und Röntgenlicht zu bestrahlen ist, der soll an diesen seelischen Teil unserer Kunst nicht herangehen. Wer aber von der Technik der Neuzeit noch nicht so angesteckt ist, daß er die Aufrichtung und Beruhigung der Kranken für ein mindestens ebenso schönes Ziel hält, der wird auch bei diesem Teil unserer Tätigkeit die wahre innere Befriedigung erleben.

Die weibliche Asthenie und die Mania operatoria activa und passiva.

Bei einem beschäftigten Chirurgen vergeht kaum eine Woche — man kann bald sagen: kaum ein Tag — an dem nicht eine Kranke erscheint mit folgenden Angaben: ich leide an Magengeschwür; mehrere Ärzte haben mir geraten, mich operieren zu lassen, und ich möchte mich gerne der Operation unterziehen, um endlich meine Schmerzen los zu werden.

Die genaue Untersuchung ergibt: ausgesprochenen asthenischen Habitus, flachen Thorax, spitzen

Rippenwinkel, auffallend lange Arme, untere Hälfte des Bauches ziemlich stark vorgewölbt, deutliche Wanderniere rechts, unter Umständen bewegliche Retroflexio uteri. Das Röntgenbild zeigt einen bis handbreit unterhalb des Nabels sackartig herunterhängenden Magen, die Grenzen völlig glatt, die Entleerung entweder gehörig oder leicht verlangsamt, ziemlich erhebliche Verzögerung der Darmentleerung.

Etwas weniger häufig, aber doch noch oft genug, stellt sich eine Kranke mit folgenden Angaben vor: ich bin schon ein- oder zweimal am Magen operiert worden. Beide Male ging es kurze Zeit besser, nicht lange danach stellten sich die alten Beschwerden von neuem ein.

Die Untersuchung dieser Kranken ergibt im wesentlichen dasselbe Bild, nur daß die Bauchwand in der Mittellinie zwischen Nabel und Schwertfortsatz eine Narbe zeigt, manchmal mit einer Hernie. In nicht seltenen Fällen findet sich auch eine Narbe in der Appendixgegend (Appendizektomie), manchmal auch in der Lumbalgegend (Nephropexie) und in der Unterbauchgegend (Ventrofixation).

Die Röntgendurchleuchtung dieser Kranken ergibt eine Gastroenterostomie mit Sturzentleerung, so daß der Magen in der Regel in einer halben Stunde schon leer ist, im übrigen dieselben Verhältnisse, wie sie oben beschrieben sind.

Hin und wieder kommen auch junge Männer, die schon ein- oder zweimal operiert worden sind und dieselben Klagen haben; auch bei diesen kann die objektive Untersuchung eine organische Erkrankung des Magens nicht nachweisen.

Es wäre nicht schwer, eine ganze Reihe von Beispielen aus meiner Praxis anzuführen, die in bester Weise das eben Gesagte erläutern.

Es sind nicht immer die Kranken anderer Ärzte, die mit derartigen Klagen zu mir kommen. Ich scheue mich nicht, zu bekennen, daß auch unter meinen Kranken einige derartige Kranke vorhanden sind, die von mir wegen eines vermeintlichen Ulcus gastroenterostomiert worden sind, und die ihre Beschwerden nicht verloren haben.

Der bemerkenswerteste Fall, den ich erlebt habe, ist folgender:

Eine damals 35 Jahre alte Kranke kam vor 12 Jahren auf Veranlassung eines bekannten Internisten zu mir und bat mich, sie in Behandlung zu nehmen. Sie sei schon 4mal in einer anderen Klinik operiert worden, ohne daß sie ihre Magenbeschwerden verloren habe. Genaue Erkundigungen ergaben, daß bei der Kranken zweimal eine Gastroenterostomie wegen eines angeblichen Sanduhrmagens vorgenommen worden war; einmal oberhalb und einmal unterhalb der vermeintlichen Sanduhr, daß bei der dritten Operation ausgedehnte Verwachsungen gelöst wurden und beim vierten Mal eine 3. (! ?) Gastroenterostomie gemacht wurde. Alle Operationen hatten keinen Erfolg. Auf das dringende Bitten der Kranken machte ich am 18. VI. 13 eine nochmalige (fünfte) Operation und entfernte den zwischen den beiden Gastroenterostomien gelegenen Magenteil. Ein Geschwür konnte an dem resezierten Teile nicht gefunden werden. Auch dieser Eingriff blieb ohne Erfolg.

Darum am 6. Juli 1914 neuerliche (sechste) Operation und Lösung der zahlreichen Verwachsungen. Auch nach dieser Operation trat keine Besserung ein. Die Magenschmerzen blieben immer gleich häufig.

Im Jahre 1924 kam die Kranke wieder zu mir. Sie erzählte mir, daß in der Zwischenzeit die Gebärmutter wegen Krebs entfernt worden sei. Erkundigungen bei Herrn Dr. X. belehrten mich, daß es sich um ein Myom gehandelt hatte.

Auf das dringende Ersuchen der Kranken und auf das energische Zureden des behandelnden Internisten entschloß ich mich, den Leib noch einmal zu eröffnen (siebentes Mal). Um nun wirklich einmal saubere Arbeit zu

machen, entfernte ich den ganzen Antrumteil des Magens mitsamt den beiden Gastroenterostomieöffnungen, verschloß Pylorus- und Magenöffnung blind und legte eine vordere Gastroenterostomie an. Der entfernte Magenteil hatte eine Größe von 15:8 cm und zeigte die beiden Gastroenterostomieöffnungen völlig reizlos. Ein Geschwür oder eine Narbe war an dem entfernten Teil nicht zu erkennen.

Auch nach dieser Operation blieben die Magenbeschwerden völlig gleich. Ich ließ dann die Kranke durch eine in der Psychotherapie erfahrene Assistentin einer Suggestivbehandlung unterziehen und erlebte dabei den Erfolg, daß in kurzer Zeit die Beschwerden wesentlich gebessert wurden.

So war also eine Kranke, die nach dem chirurgisch-autoptischen Befund sicherlich kein Magengeschwür hatte, nutzlos sieben, zum Teil sehr schweren Magenoperationen unterzogen worden.

Man muß eine gewisse Höhe der Jahre erreicht haben, um einzusehen, daß die Chirurgie nicht das Allheilmittel ist, für das man sie in jugendlichem Überschwange vielfach zu halten geneigt ist. In unserer operationsfreudigen Zeit kommen zu den Chirurgen sehr viele Kranke, die bisher von einem Arzt zum anderen gezogen sind, eine Reihe von Sanatorium- und Krankenhauskuren durchgemacht und keine Besserung ihrer Beschwerden gefunden haben. Bei Bekannten sind ähnliche Beschwerden durch eine Operation vollkommen beseitigt, und nun erwarten auch sie von dem chirurgischen Eingriff endgültige Heilung. Die Anamnese läßt ein Geschwür als wohl möglich erscheinen, der Röntgenologe findet eine verdächtige Stelle am Pylorus oder am horizontalen Duodenalschenkel. Die Operation wird vorgenommen. Entsprechend dem Röntgenbild wird eine Verdickung am Pylorus oder Duodenum festgestellt, und eine Gastroenterostomie wird gemacht. Unter dem suggestiven Einfluß der Operation hören die Beschwerden einige Zeit auf. Nach $^1/_4$ Jahr,

manchmal später, manchmal auch schon früher, treten sie in gleicher Weise, oder noch schlimmer wie früher wieder auf, und das alte Lied beginnt von neuem.

Nach meiner ziemlich großen Erfahrung in solchen und ähnlichen Fällen glaube ich bestimmt sagen zu können, daß bei der Mehrzahl dieser Kranken ein Geschwür nicht vorgelegen hat. Es handelte sich fast immer um sog. asthenische Kranke, wie sie von *Stiller* zuerst beschrieben sind: hochaufgeschossene Frauen mit etwas seitlich hängendem Kopf, flachem Thorax, abstehenden Schulterblättern, spitzem Rippenwinkel, vorspringendem Unterbauch, auffallend langen Gliedern und oft von müdem Aussehen.

Bei einem Teil der Kranken sind diese Veränderungen angeboren. Bei einem Teil sind sie wohl auch im Laufe der Jahre und unter Einwirkung der Kriegsnöte, der vermehrten Arbeit, der Schwangerschaften entstanden.

Man kann nicht genug raten, bei allen derartigen Kranken mit der Diagnose eines Magengeschwürs, überhaupt mit der Annahme einer anatomischen Veränderung möglichst vorsichtig zu sein. Diese Kranken haben kein örtliches Leiden. Ihr Leiden ist ein allgemeines, wie man in neuerer Zeit sagt, ein konstitutionelles. Es ist die Anlage, die ihre Beschwerden verursacht: die Schwäche der Bauchmuskulatur, der Rückenmuskulatur, der intraabdominellen Aufhängebänder, die allgemeine Widerstandslosigkeit gegen die Ansprüche des Lebens. Dadurch kommt es zu den Magenschmerzen, zu den Schmerzen im Unterleib, im Kreuz, zu den Störungen der Menstruation, zu den unregelmäßigen und starken Blutungen.

Wenn ich die wegen Magengeschwür operierten Kranken besonders herausgegriffen habe, so geschah es deswegen, weil ich diese Kranken bei mir am häufigsten sehe. Fast ebenso häufig sehe ich Kranke, die wegen einer vermeintlichen Appendizitis erfolglos operiert worden sind oder solche, denen ein Eierstock entfernt oder weiter solche, denen eine nach rückwärts gelegene Gebärmutter angenäht worden ist. Kranke mit fixierter Wanderniere sieht man in letzter Zeit seltener. Die Lust am Nephropexieren scheint den Chirurgen vergangen zu sein, und der Satz: „Wer viel pexiert, viel pekziert", scheint mehr und mehr Anerkennung gefunden zu haben.

Es wäre zu wünschen, daß auch sonst die Freude am Pexieren und an allerlei polypragmatischem Operieren mehr und mehr nachließe. Man kann nicht immer kontrollieren, ob das, was die Kranken erzählen, auf Wahrheit beruht. Ich bin stets ganz entsetzt, wenn ich Kranke untersuche, denen von anderer Seite die Exstirpation eines Ovariums oder eines Uterus oder die Beseitigung von Verwachsungen empfohlen worden ist, und bei denen die Untersuchung eine ganz unschuldige Oophoritis, eine völlig bewegliche Retroflexio uteri, eine Atonia coli, eine leichte Beckenperitonitis ergibt. Von den vielen Fällen, bei denen eine Ausschabung, eine Erweiterung der Zervix u. dgl. vorgenommen wurde, will ich ganz absehen.

Die ausschließlich fachärztliche Einstellung einer großen Reihe unserer Kollegen bringt es mit sich, daß sie über dem einzelnen Organ, auf dessen operative (!) Behandlung sie sich verlegt haben, den ganzen Menschen mehr und mehr vergessen. Der Kranke, der den Arzt um Rat frägt,

ist in erster Linie der Mensch mit seinen mannigfachen Störungen, ungünstigen Anlagen und den vielerlei Beschwerden, die durch seine Erziehung, seine Familienverhältnisse, sein Geschlechtsleben und durch alle schwierigen Einflüsse der heutigen Zeit bedingt sind. Zu dem Arzt kommt nicht eine Gastroptose oder eine Retroflexio uteri oder eine Wanderniere, sondern ein Mensch, der neben vielen anderen Beschwerden zufällig auch eine der genannten Störungen aufweist. Bei der Behandlung dieses Kranken muß nicht das einzelne Organ Gegenstand unserer Tätigkeit sein, sondern der gesamte Mensch, sein Seelenleben, sein Allgemeinbefinden und vor allen Dingen sein Nervensystem. Der beste Arzt für diese Kranken ist der Nervenarzt, der sich ausschließlich mit den Beschwerden des Kranken beschäftigt, der die einzelnen örtlichen Störungen, die nur eine Folge der allgemeinen Anlage sind, nicht hoch bewertet und es versteht, die Kranken von der Harmlosigkeit derselben zu überzeugen.

Wenn nur der betreffende Kranke immer den Nervenarzt aufsuchen möchte! Leider geht er in der Regel aus freien Stücken nicht zum Nervenarzt, sondern er wendet sich, durch die Mißerfolge der bisherigen Behandlung enttäuscht, von der wissenschaftlichen Medizin ab und nimmt die Hilfe eines Naturheilkundigen oder eines Kurpfuschers in Anspruch. Hier wird ihm — das muß rückhaltlos festgestellt werden — durch eine kräftige Suggestivbehandlung der Glaube an die Heilbarkeit seines Leidens eingeimpft und außerdem wird ihm eine vernünftige Lebensweise, die Enthaltung von allen Schädlichkeiten und eine entsprechende Allgemeinbehandlung empfohlen. Der Erfolg tritt in einem großen Teil der Fälle ein, und es ist dann kein Wunder,

wenn derartige Heilerfolge der Naturheilkundigen und der Kurpfuscher dem großen Publikum gegenüber entsprechend ausgeschlachtet werden.

Wenn die Anhänger der Kurpfuscherei und der Naturheilkunde in der letzten Zeit sich ständig mehren, so ist das nicht zum wenigsten die Folge der unzweckmäßigen Behandlung, die zahlreiche Kranke durch die Vertreter der Schulmedizin erfahren. Hier muß der Hebel zur Bekämpfung der Kurpfuscherei angesetzt werden. Nicht Kurpfuschereiverbote, nicht Bestrafungen der Kurpfuscher werden die hier vorhandenen Mißstände bessern. Die beste Bekämpfung der Kurpfuscherei geschieht durch eine bessere Ausbildung und ethische Schulung der Ärzte. Die Behandlung des Kranken besteht nicht darin, daß man ihm ein Rezept aufschreibt oder ihm den Blinddarm herausnimmt oder ihm einen neuen Magenausgang macht; der Kranke will für alle seine Beschwerden ein liebevolles Verständnis finden und will, daß der Arzt auf alle seine kleinen Klagen in teilnehmender Weise eingeht. Das ist zweifellos für viele Ärzte recht langweilig, für die Kranken aber ungeheuer wichtig. Findet der Kranke dieses Verständnis und diese Teilnahme nicht, so sucht er natürlich die Stelle auf, wo er das entsprechende Entgegenkommen findet.

Wundern muß man sich immer wieder, daß ein großer Teil unserer Kranken sich nicht nur einmal, sondern häufig mehrere Male zur Vornahme von Operationen bereit findet. Mußte man früher oft mit der Operationsscheu der Kranken kämpfen, so kämpft man heute mit der Operationsneigung, ja, man kann sagen, Operationswut. Wie oft hört man in der Sprechstunde: „Muß ich nicht

operiert werden?" oder „Kann man nicht doch durch eine Operation meineBeschwerden beseitigen?" Die ausgezeichneten Erfolge der Chirurgie haben die Angst vor operativen Eingriffen mehr und mehr verschwinden lassen. Aber es ist nicht nur dieser Umstand, der die Bereitwilligkeit vieler Kranken zu operativen Eingriffen erklärt. Bei vielen handelt es sich sicher um eine falsche psychische Einstellung, die ihnen einen operativen Eingriff geradezu wünschenswert erscheinen läßt. Es ist immer sehr lehrreich, zu hören, mit welcher Genauigkeit manche Kranke über die verschiedenen Operationen, die sie durchgemacht haben, berichten; von den Beschwerden, wegen derer die Operationen unternommen wurden, ist kaum die Rede.

Dem Arzte erwächst bei der Beratung dieser Kranken eine schwere, aber sehr lohnende Aufgabe. Es ist im allgemeinen viel leichter, eine Appendix zu exstirpieren oder einen Uterus anzunähen, als eine ins kleinste gehende suggestive Behandlung durchzuführen. Der Arzt muß den Kranken nicht nur über die Heilbarkeit seines Leidens aufklären, sondern er muß ihm auch vor allen Dingen begreiflich machen, daß ein operativer Eingriff zur Beseitigung der Störung nicht in Betracht kommt. Kann er dann selbst die bei dem Kranken unbedingt erforderliche Behandlung nicht durchführen, so wird er den Kranken an die Stelle verweisen, wo eine solche Behandlung vorgenommen werden kann.

Von Gastropexien hört man in letzter Zeit weniger. Ist es nicht eine Verirrung alles physiologischen Denkens, wenn man ein Organ, das doch zu seiner Tätigkeit seine freie Beweglichkeit unbedingt benötigt, an die vordere Bauchwand annäht? Auf der einen Seite werden die Adhäsionen

mit großer Sorgfalt beseitigt, auf der anderen Seite werden sie hervorgerufen.

Difficile est satiram non scribere.

Über die Operationsanzeige bei Kranken im höheren Alter (Karzinom, Appendizitis).

Wenn wir im Folgenden von Kranken im höheren Alter sprechen, so meinen wir solche jenseits des 70. Lebensjahres. Die Erfahrung hat uns gelehrt, daß bei diesen Kranken jeder operative Eingriff gewisse Gefahren in sich schließt, und wir haben uns gewöhnt, bei diesen Kranken die Operationsanzeige mit besonderer Vorsicht zu stellen. Es ist nicht die Gefährlichkeit der Operation als solcher, die uns zur Vorsicht mahnt, sondern es sind die Operationsfolgen, die wir fürchten. Insbesondere wissen wir, daß an alle Operationen, besonders an solche in der Bauchhöhle, sich oft Erkrankungen des Respirationstraktus anschließen, welche leicht einen tödlichen Ausgang nehmen können. Ob die örtliche Narkose, die in solchen Fällen von vielen Seiten empfohlen wird, an dieser Tatsache viel zu ändern vermag, ist noch nicht sicher entschieden.

Es ist ganz selbstverständlich, daß wir bei Kranken jenseits des 70. Jahres Operationen, die nicht unbedingt lebensrettend oder lebenserhaltend sind, nicht mehr vornehmen werden. Eine Hydrozele, eine Struma, eine einfache Hernie werden wir bei Kranken im höheren Alter im allgemeinen nicht mehr operieren. Auch ein Magengeschwür, selbst bei starker Stenose, werden wir nur ungern chirurgisch in Angriff nehmen. Handelt es sich um eine

eingeklemmte Hernie oder um ein perforiertes Magengeschwür, so darf uns natürlich das Alter in keiner Weise von der Operation abhalten, da der Kranke sonst in jedem Fall verloren ist. Eingeklemmte Hernien sind auch bei Kranken von mehr als 80 Jahren wiederholt mit gutem Erfolg operiert worden. Die Prostatahypertrophie kann ohne alle Bedenken auch bei ganz alten Leuten operiert werden, wenn im übrigen deren Organe gesund sind.

Was soll mit den Kranken jenseits des 70. Jahres, die an einem Karzinom leiden, geschehen? Ganz allgemein läßt sich diese Frage wohl nur schwer beantworten. Wenn wir heute immer noch den Satz, daß jedes operable Karzinom mit dem Messer beseitigt werden muß, als richtig ansehen, so müssen wir fordern, daß auch im höheren Alter, wenn der Kranke sonst gesund ist, diese Behandlung durchgeführt werden muß. Jeder Chirurg verfügt über Fälle von glücklich geheilten Brust-, Magen- und Darmkarzinomen bei Kranken zwischen dem 70. und 80. Lebensjahre. Aber jeder Chirurg wird auch der Meinung sein, daß die Indikation zu solchen Operationen nur dann gegeben ist, wenn die Kranken sich sonst einer vorzüglichen Rüstigkeit und Frische erfreuen, und wenn die inneren Organe keinerlei Zeichen einer krankhaften Veränderung aufweisen.

Zu berücksichtigen sind auch noch zwei andere Tatsachen. In erster Linie wissen wir, daß das Karzinom alter Leute überraschend langsam, man kann fast sagen, gutartig, verläuft. Man denke nur an die Gesichtskarzinome, an die Mammakarzinome und an manche Fälle von Darmkarzinom. Weiter hat uns die Erfahrung gelehrt, daß die Strahlenbehandlung in vielen Fällen von Karzinom eine günstige Wirkung auszuüben imstande

ist. Ob das Operieren mit dem elektrischen Messer die Prognose der Operationen bei alten Leuten zu bessern vermag, müssen wir noch abwarten.

Wenn wir unter Berücksichtigung solcher Überlegungen die verschiedenen Karzinome bezüglich der Frage der Operationsanzeige prüfen, dürfte sich im wesentlichen folgendes ergeben:

Bei Gesichts- und Lippenkarzinomen ist unbedingt die Bestrahlungsbehandlung einzuleiten. Sie verspricht in der großen Mehrzahl der Fälle einen ausgezeichneten klinischen und kosmetischen Erfolg.

Bei Karzinomen der Zunge soll man, wenn man die Tumoren ganz im Anfang zur Behandlung bekommt, die Operation mit dem elektrischen Messer in örtlicher Betäubung vornehmen. Bei vorgeschrittenen Karzinomen ist von der Operation abzusehen und ein Versuch mit der Bestrahlung zu machen.

Die Karzinome des Rachens sollen bei Kranken in höherem Alter nicht mehr operiert werden. Eine Strahlenbehandlung kann versucht werden.

Bei den Karzinomen des Kehlkopfes soll grundsätzlich die Strahlentherapie vorgezogen werden. Sie hat in vielen Fällen ausgezeichnete Erfolge hervorgerufen. Das gleiche gilt für die Karzinome der Schilddrüse.

Bei den Karzinomen des Magens sind die Gefahren der Operation zweifellos recht erheblich. Nachdem uns aber *Finsterer* in neuerer Zeit gelehrt hat, daß man bei Operation in örtlicher Betäubung auch bei Kranken im 8. Lebensjahrzehnt recht erfreuliche Erfolge erzielen kann, so ist man berechtigt, bei sonst gesunden Menschen den operativen

Eingriff zu unternehmen. *Finsterer* hat von 21 derartigen Kranken nur 3 durch den Tod verloren. Nach *Finsterer* ist das Alter für die Prognose der Operation des Magenkrebses nicht von großer Bedeutung.

Die Röntgenbestrahlung ist auf das Magenkarzinom ohne Einfluß.

Karzinome des Dickdarms und Mastdarms bei Leuten im 8. Lebensjahrzehnt werden am besten von jeder radikalen Therapie ausgeschlossen. Handelt es sich um einen durch ein solches Karzinom bedingten Darmverschluß, so hat man die Berechtigung, einen künstlichen After anzulegen. Nach einer solchen Palliativoperation hat man oft Jahre andauernde günstige Erfolge gesehen.

Das Mammakarzinom älterer Frauen ist verhältnismäßig ganz besonders gutartig. Wohl jeder Chirurg hat Frauen zwischen dem 70. und 80. Jahre beobachtet, bei denen das Karzinom sich oft jahrelang kaum verändert und vor allen Dingen den Trägerinnen kaum Beschwerden gemacht hat. So sehr man bei Frauen vor dem 70. Lebensjahre die Pflicht hat, die Operation des Brustkrebses baldigst vorzunehmen, so sehr hat man bei Frauen im 8. Jahrzehnt das Recht, zunächst zuzuwarten. Wenn bei einer Beobachtung von mehreren Monaten das Karzinom keine Neigung zum Fortschreiten aufweist, so soll man den Tumor unbedingt in Ruhe lassen. Eine Sicherheit dafür, daß an die Operation eine schwere postoperative Störung sich nicht anschließt, ist im höheren Alter nie vorhanden.

Zeigt der Brustkrebs bei der sorgfältigen Beobachtung Neigung zu schnellerem Wachstum, so muß natürlich auch bei alten Leuten unbedingt operiert werden.

Über die Bestrahlung des Brustkrebses im höheren Alter lauten die Anschauungen verschieden. Was meine persönlichen Erfahrungen anbetrifft, so war ich früher ein Freund der Bestrahlung des Brustkarzinoms bei älteren Frauen. Im Laufe der letzten 2 Jahre habe ich aber 2 über 80 Jahre alte Kranke beobachtet, die beide unter der Radium- und Röntgenbestrahlung eine Verschlimmerung ihres Leidens erlitten haben. Bei der einen Frau ist es unter der Röntgenbestrahlung zu einer schnellen Metastasierung des Karzinoms in die umliegende Haut gekommen, wie ich sie in dem Umfang bei alten Kranken überhaupt nicht gesehen habe. Und in dem 2. Falle erfolgte unter der Radiumbestrahlung ein schneller Zerfall des Karzinoms und Bildung eines großen Krebsgeschwürs, wie es in ähnlicher Weise von mir nie beobachtet worden ist. Im ersten Falle war jede weitere Behandlung aussichtslos, im zweiten Falle konnte erfreulicherweise die Exstirpation der Mamma dem weiteren Fortschreiten des Leidens Einhalt tun. Ich habe seitdem die Röntgen- und Radiumbestrahlung bei alten Leuten aufgegeben.

Auf die Uteruskarzinome soll hier nicht näher eingegangen werden. Nach den Mitteilungen aus der *Döderlein'schen* Klinik über die ausgezeichneten Erfolge der Strahlenbehandlung müssen wir bei älteren Frauen diese Therapie unbedingt als die einzig richtige ansehen.

Bei den Karzinomen der Nieren wird man sich bezüglich der Operationsanzeige nach den allgemeinen Gesundheitsverhältnissen richten. Die Nierenoperation wird auch bei alten Leuten manchmal gut vertragen. Der älteste meiner Kranken, der an einem Hypernephrom litt, war 72 Jahre alt.

Bei den Karzinomen der Blase, die an und für sich eine schlechte operative Prognose geben, wird man in höherem Alter sich kaum zur Operation entschließen.

Karzinome des Penis und der Eichel, die leicht in Lokalanästhesie operiert werden können, dürften bei sonstigen günstigen Verhältnissen einem operativen Eingriff zugänglich sein.

Was im Vorstehenden von den Karzinomen gesagt wurde, gilt in der Hauptsache auch von den Sarkomen. Nur ist bei den Sarkomen zu berücksichtigen, daß sie oft auffallend gut auf eine Röntgen- und Radiumbestrahlung ansprechen, und daß eine Bestrahlung bei ihnen immer versucht werden soll.

Bei den lebensbedrohenden, entzündlichen Erkrankungen der Bauchhöhle älterer Leute wird man selbstverständlich immer da, wo ohne Operation das Leben verloren erscheint, die Operation versuchen. Bei einer Magenperforation, bei einer schweren gangränösen Pankreatitis bleibt nichts anderes übrig, als zum Messer zu greifen, wenn im übrigen das Gesamtbefinden des Kranken keine Gegenanzeige bildet.

Bei solchen Erkrankungen hingegen, bei denen das Zuwarten unter Umständen einen günstigen Erfolg erwarten läßt, wird man sich die Frage der Operation gründlich überlegen.

Bei Gallenblasenentzündungen wird man mit dem Eingriff möglichst lange zurückhalten. Es müssen schon sehr schwere Erscheinungen vorliegen, und die Konstitution des Kranken muß außerordentlich günstig sein, wenn man sich zu einem Eingriff entschließen will. Daß auch im höheren Alter gelegentlich der Operation ein Erfolg beschieden sein kann, lehrte mich der Fall eines 70jährigen

Mannes, der wegen ganz schwerer, akuter, gangränöser Cholezystitis mit gutem Erfolg cholezystektomiert wurde.

Was soll man bei der Blinddarmentzündung älterer Leute, d. h. solcher jenseits des 70. Lebensjahres, ärztlich unternehmen? Wollte man den Regeln, wie sie für die Appendizitis in den letzten 30 Jahren ausgebildet sind, folgen, so müßte auch bei alten Leuten jeder Fall von Appendizitis frühzeitig operiert werden. Einer solch weitgehenden Anzeigestellung läßt sich kaum das Wort reden, dazu sind die Gefahren der Operation im Alter zu groß. *Flörcken* konnte vor kurzem mitteilen, daß von seinen über 50 Jahre alten 145 operierten Appendizitiskranken 12,4 Proz. gestorben sind. Bei den sogenannten leichten Fällen, d. h. denjenigen, welche ohne Beteiligung der Serosa einhergehen, ist das abwartende Verfahren vorzuziehen. Wenn auch die Frage, ob ein Fall von Appendizitis leicht oder schwer ist, nicht immer mit Sicherheit zu lösen ist, so wird doch der Erfahrene bei einiger Vorsicht selten einen verhängnisvollen Fehler machen.

Eine Entscheidung über das ärztliche Vorgehen ist dann schwierig, wenn ein Fall von schwerer Appendizitis vorliegt, d. h. wenn es sich um eine Mitbeteiligung der Serosa handelt. Für diese Fälle genaue allgemeine Regeln aufzustellen, ist nicht ganz einfach. In solchen Fällen ist es wichtig, streng zu individualisieren. Der Arzt muß auf der einen Seite die Schwere des Krankheitsfalles gewissenhaft prüfen und auf der anderen Seite die Widerstandskraft des Kranken sorgfältig abwägen.

Einem Chirurgen, der noch die Zeit der internen Appendizitisbehandlung miterlebt hat, wird

die Entscheidung dieser Frage im allgemeinen etwas leichter fallen. Wir wissen aus dieser Zeit, daß bei interner Behandlung sehr viele, auch schwer erscheinende Fälle von Appendizitis geheilt worden sind. Wir müssen uns an diese günstigen Ausgänge erinnern, wenn wir es mit alten, an Appendizitis leidenden Leuten zu tun haben. Erscheint es uns in einem solchen Falle aussichtsvoll, den appendizitischen Prozeß örtlich zu begrenzen und das Entstehen einer allgemeinen eitrigen Peritonitis zu verhüten, so werden wir uns der abwartenden Behandlung zuwenden und den operativen Eingriff verwerfen. Sehen wir gleich von Anfang an, daß der Prozeß sich nur in der rechten Darmbeingrube abspielt, und daß die übrigen Teile der Bauchhöhle in keiner Weise an der entzündlichen Reizung beteiligt sind, so haben wir meines Erachtens das Recht, vielleicht auch die Pflicht, zunächst zuzuwarten und den Heilungsprozeß der Natur durch vorsichtiges Mithelfen zu unterstützen. Ein Beispiel:

P. Elise, 68 Jahre alt, aufgenommen 12. 9. 29, zugewiesen durch Herrn Sanitätsrat Dr. *Adolf Schneider.*

Vorgeschichte: Am 8. 9. erkrankt mit Schmerzen in der rechten Leibhälfte. In den nächsten Tagen Zunahme der Schmerzen. Nach 3 Tagen Brechreiz. Am 4. Tage Arzt zugezogen. Sofortige Einweisung.

Befund: Guter Ernährungszustand. Lunge ohne Befund. Herztöne unrein. Nach jedem 4. Schlag eine Extrasystole.

Abdomen sehr fettreich, nicht aufgetrieben. In der rechten Darmbeingrube eine gut handtellergroße, deutlich abgegrenzte Resistenz, sehr druckempfindlich. Temperatur 38,7. Puls 96. Leukozyten 12 700.

Behandlung abwartend mit Wärmeflasche, Opium, strenger Diät. Der Zustand bleibt 7 Tage ziemlich unverändert. Vom 8. Tage ab langsamer Abfall der Temperatur, Rückgang des Infiltrates und der Schmerzen. Wohlbefinden.

Nach 23 Tagen 4tägiger Rückfall. 2 Tage Wohlbefinden. Nochmaliger Rückfall, 3 Tage dauernd. Nach 13 Tagen abermaliger 7tägiger Rückfall und nach weiteren 15 Tagen letzter 7tägiger Rückfall. Nunmehr endgültiger Abfall der Temperatur unter 37,0, des Pulses auf 80. Rechte Darmbeingrube völlig weich und nicht druckempfindlich.

Bei dieser Kranken war die Beurteilung ziemlich einfach. Als die Kranke am 4. Tage aufgenommen wurde, zeigten die Erscheinungen mit großer Wahrscheinlichkeit, daß der appendizitische Prozeß abgegrenzt war. Nach den Erfahrungen in ähnlichen Fällen durfte man schließen, daß nunmehr die Gefahr einer allgemeinen Peritonitis nicht sehr drohe. Man konnte also ohne Bedenken zuwarten, in der Überlegung, daß es höchstens zu einem umschriebenen Abszeß kommen würde, der entweder sich aufsaugen oder spontan durchbrechen oder durch einen einfachen Eingriff zu eröffnen sein würde. Unsere Erwartung wurde nicht getäuscht. Wenn auch die Erkrankung sich sehr lange hinzog, und wenn auch nach wiederholter Entfieberung 4mal ein Rückfall zu verzeichnen war, so gelang es doch, auf diese Weise die Kranke über die schwere Entzündung hinwegzubringen und zu einer vollkommenen Wiederherstellung zu führen. Mit der Möglichkeit eines Rückfalles, eines Rezidivs, muß natürlich auch in Zukunft gerechnet werden.

Lehrt uns dagegen die Beobachtung des Kranken, daß es sich um eine gangränöse Appendizitis mit Übergreifen auf die Serosa handelt und droht die Gefahr der allgemeinen Peritonitis, so soll man auch bei alten Leuten mit der Operation nicht zögern. So war es in folgendem Falle:

Herr Sch., 77 Jahre alt, aufgenommen 5. 11. 26, zugewiesen durch Herrn Geheimrat Dr. *Joseph Meier*.

Vorgeschichte: Mittelgroßer Mann in mittlerem Ernährungszustande, von normaler Hautfarbe. Temp. 39,1, Puls 84, kräftig, regelmäßig, Leukozyten 18000. Herz, Lungen ohne krankhafte Veränderung. Abdomen mäßig aufgetrieben, in der rechten Darmbeingrube lebhafte Spannung und äußerste Druckempfindlichkeit.

Appendizektomie am 15. 11. 26. In der Bauchhöhle trübes Exsudat. Appendix stark entzündet. In der diffus geröteten und geschwollenen Schleimhaut an der Basis eine linsengroße Gangrän und mehrere kleine Nekrosen. Operationsverlauf durchaus glatt. Ätherverbrauch 50 ccm.

Weiterer Verlauf zunächst ordentlich. Am 3. Tage Erbrechen von Duodenalinhalt. Magenspülungen ohne Erfolg. Blähungen und Stuhl gingen ab. Der Leib wurde nicht aufgetrieben und blieb weich. Am 4. Tage Nachlassen der Herzkraft. Über beiden Unterlappen bronchitische Geräusche. Tod am 5. Tage. Keine Sektion.

Ob man in diesem Falle bei zuwartender Behandlung einen besseren Erfolg erzielt hätte, erscheint sehr zweifelhaft. Als der Kranke in meine Behandlung trat, bestand eine so diffuse Spannung der rechten Darmbeingrube ohne jede Abgrenzung, daß ich eine Lokalisation des Krankheitsprozesses nicht annehmen konnte und die Gefahr einer allgemeinen Peritonitis befürchtete. Man mußte damit rechnen, daß die beim Zuwarten wahrscheinlich eintretende Peritonitis unbedingt zum Tode führen würde. Demgegenüber stand das günstige Allgemeinbefinden des Kranken, der trotz seiner 77 Jahre noch sehr rüstig war und bisher keinerlei Krankheitserscheinungen dargeboten hatte. Es schien wohl möglich, daß bei diesen Verhältnissen der Kranke den Eingriff, der ja schnell erledigt sein würde, überwinden könne. So glaubten wir uns mehr für die operative Behandlung entscheiden zu müssen.

Der glatt und schnell verlaufende Eingriff deckte eine Appendix mit beginnender Gangrän auf. Die anatomischen Verhältnisse ließen erwarten,

daß es nach nicht sehr langer Zeit zu einer Perforation mit allgemeiner Peritonitis gekommen wäre. So hatten wir mit der Entfernung der Appendix durchaus Recht gehabt. Leider war der Verlauf ungünstig, und der Kranke ging nach 4 Tagen an Magenatonie und Pneumonie zugrunde.

Wenn ich in einem ähnlichen Falle vor dieselbe Frage gestellt werden würde, würde ich wohl in gleicher Weise meinen Rat erteilen. Selbstverständlich muß man in solchen Fällen dem Kranken und seinen Angehörigen die Aussichten des Eingriffes und des Zuwartens objektiv darstellen. Das war von mir geschehen, ohne jede Beschönigung. Der Kranke sowohl wie seine Angehörigen wünschten den Eingriff. Da kann der Arzt, der Chirurg, nur dasjenige unternehmen, was er nach seiner besten Überzeugung für richtig hält.

Die beiden Beispiele zeigen uns, wie man bei der Appendizitis der alten Leute vorgehen und nach welchen Anhaltspunkten man sich richten soll. Soweit meine Erinnerung reicht, habe ich außer den genannten noch 5 im 8. und 9. Jahrzehnt stehende Kranke an Appendizitis behandelt. Von diesen 5 Kranken sind 3 operativ behandelt und 2 abwartend. Von den 5 Kranken sind 4 geheilt, 1 Kranker ist gestorben. 4 Fälle betrafen Frauen, einer einen Mann.

In drei Fällen wurde mit Rücksicht auf die schweren Erscheinungen die Operation vorgenommen in der Erwartung, daß die gute Konstitution der Kranken sie den Eingriff überstehen ließe.

Bei zwei Kranken bestand ein allgemeiner peritonitischer Prozeß. In einem dieser Fälle war die Operation 8 Stunden, im zweiten Falle 20 Stunden nach Beginn der Erkrankung ausgeführt.

Bei einem dritten Kranken, einem 81jährigen Maurer, handelte es sich um eine Appendizitis mit Abszeßbildung. Bei diesem Kranken waren die Erscheinungen so heftig, daß eine Operation unbedingt notwendig erschien. Der Kranke hatte schon im Jahre 1929, also im Alter von 80 Jahren, einen Anfall von Appendizitis mit umschriebenem Exsudat durchgemacht. Die Erscheinungen waren damals in keiner Weise bedrohlich, und ich riet zum Zuwarten: der Erfolg war günstig. Als er am 12. 4. 30 wiederum in die Anstalt eintrat, handelte es sich um einen seit 2 Tagen bestehenden großen Abszeß in der rechten Darmbeingrube, den abwartend zu behandeln ich nicht wagte. Der Abszeß wurde in Lumbalanästhesie eröffnet. Der Verlauf war durchaus günstig. Der Kranke konnte nach 3 Wochen geheilt entlassen werden. Von einer Exstirpation der Appendix habe ich selbstverständlich abgesehen.

Alle drei operativ behandelten Kranken wurden geheilt.

Von den zwei abwartend behandelten Kranken (beide Frauen) ist eine geheilt, die andere gestorben.

Bei der geheilten Kranken, einer 76jährigen Frau, bestand ein umschriebener, appendizitischer Prozeß mit abgegrenztem Exsudat. Die Allgemeinerscheinungen waren verhältnismäßig leicht, so daß ich mich ohne Sorge zur konservativen Behandlung entschließen konnte. Da die Kranke Störungen der Herztätigkeit aufwies, würde ich mich auch bei schweren Erscheinungen zum Zuwarten entschlossen haben.

Bei der anderen abwartend behandelten Kranken handelte es sich um eine 86jährige Frau, die am 4. Tage der Erkrankung mit einem umschriebenen Exsudat in der rechten Darmbeingrube zur Aufnahme kam. Bei der Behandlung mit Opium und Wärme blieb der Zustand 4 Tage lang verhältnismäßig befriedigend. Am 5. Tage (am 9. Tage der Erkrankung) traten die Zeichen einer Lungenentzündung auf, der die Kranke am gleichen Tage schnell erlag.

Unser abwartendes Vorgehen war in diesem Falle sicherlich durchaus berechtigt. Bei der abgekapselten, am 4. Tage zur Behandlung kommenden

Appendizitis lag eine Veranlassung zu einem Eingriff nicht vor. Einen Fehler hätten wir zweifellos begangen, wenn wir operiert hätten. In diesem Falle hätten wir die Pneumonie sicherlich als Folge der Narkose ansehen müssen.

Die Gesamtzahl unserer über 70 Jahre alten Kranken mit Blinddarmentzündung beträgt 7, darunter 5 Frauen und 2 Männer. Operiert wurden 4; 3 wurden abwartend behandelt. Von den 4 operierten sind 3 geheilt und 1 gestorben, von den 3 abwartend behandelten sind 2 geheilt und 1 gestorben.

Wir handeln jedenfalls recht, wenn wir uns bei der Blinddarmentzündung der über 70 Jahre alten Leute an die Regeln, die für die Blinddarmentzündung jüngerer Kranker gelten, nicht gebunden fühlen. Bei der Appendicitis catarrhalis werden wir nicht operieren. Nur wenn die Zeichen einer destruktiven Appendizitis oder einer fortschreitenden Peritonitis deutlich sind, werden wir einen Eingriff als notwendig hinstellen. Auch im letzteren Falle werden wir uns manchmal zum Zuwarten entschließen, wenn wir feststellen, daß die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse des Kranken einem chirurgischen Eingriff nicht gewachsen scheinen, und wenn insbesondere eine Störung eines wichtigen Organes (Herz, Lunge, Nieren) vorliegt. Bei einem Diabetiker, bei einem Kranken mit Leberzirrhose, bei einem an chronischer Nephrose leidenden Kranken werden wir auch bei noch so schweren appendizitischen Erscheinungen den Eingriff ablehnen. Nur durch strenges Abwägen aller vorliegenden Umstände werden wir in einem Falle von schwerer Appendizitis zu der dem Kranken vorteilhaftesten Entscheidung kommen

Zusammenfassung:

Bei Kranken jenseits des 70. Lebensjahres soll die Operationsanzeige besonders vorsichtig gestellt werden. Alle nicht unbedingt notwendigen Operationen sind zu vermeiden. Lebensrettende Operationen sind vorzunehmen. Bei akuter Gallenblasen- und Blinddarmentzündung ist auf die individuellen Verhältnisse genau Rücksicht zu nehmen. Ein Eingriff soll auch bei diesen Erkrankungen nur dann vorgenommen werden, wenn ohne einen solchen der Ausgang unbedingt tödlich erscheint.

Bei Karzinomkranken jenseits des 70. Lebensjahres ist zu berücksichtigen, daß das Karzinom in höherem Alter oft außerordentlich langsam verläuft. Operative Eingriffe sollen darum, wenn es einigermaßen gerechtfertigt erscheint, zurückgestellt werden. Eine Strahlenbehandlung ist zu versuchen.

Die Verantwortlichkeit des Arztes bei einigen wichtigen lebenbedrohenden Krankheiten.

Die großen Fortschritte der Chirurgie haben nicht nur dem Chirurgen reiche, befriedigende, allerdings verantwortungsvolle Arbeit gebracht, sie haben auch die Tätigkeit des Praktikers in erheblicher Weise umgestellt. Wenn der Chirurg zu günstigen Erfolgen bei seinen Operationen kommen will, so ist er auf die Mithilfe des Praktikers angewiesen, der ihm beizeiten die der chirurgischen Hilfe bedürftigen Fälle zuweist. Dem Praktiker erwachsen dadurch außerordentlich wichtige diagnostische Aufgaben. Zumal bei allen akuten Baucherkrankungen und bei allen Verletzungen ist es von größter Bedeutung, daß

schon in den ersten Stunden die richtige Diagnose gestellt und die lebensrettende Behandlung eingeleitet wird.

Die so dem Arzt zugewiesene Aufgabe ist in mancher Hinsicht weit schwerer als die des Chirurgen. Ein durchgebrochenes Magengeschwür oder einen geplatzten Darm zuzunähen, ist keine Kunst. Eine aufgebrochene Tube, einen durchgebrochenen Wurmfortsatz zu exstirpieren, erfordert keine besondere Geschicklichkeit. Aber weit schwieriger und bedeutungsvoller ist die erste Diagnose und die erste Maßnahme des zugezogenen Arztes.

Jeder junge Kollege, der heute in die Praxis geht, muß wissen, daß vom ersten Augenblick seiner Niederlassung ab die schwerstwiegenden Anforderungen an ihn herantreten können. Wenn er in der ersten Nacht zu einer unter heftigen Bauchschmerzen erkrankten jungen Frau geholt wird und die Diagnose einer geplatzten Tubenschwangerschaft verfehlt, so ist die Frau durch seine Schuld in größte Lebensgefahr gebracht. Wir müssen diese Dinge mit dem richtigen Namen nennen. Man muß allen Ärzten sagen, daß sie bei jeder akuten Baucherkrankung nicht eher das Haus verlassen dürfen, als bis sie sich klargemacht haben, ob hier nicht eine Störung vorliegt, bei der die Versäumnis der sofortigen richtigen chirurgischen Behandlung sich aufs schwerste rächen kann. Früher hieß es, daß man über einem eingeklemmten Bruch nicht die Sonne untergehen lassen soll. Heute kann man sagen, jede unter heftigsten Schmerzen akut eingetretene abdominelle Erkrankung muß von dem erst zugezogenen Arzte so richtig beurteilt werden, daß bei einem Zuwarten keine Gefahr für das Leben des betreffenden Kranken entsteht.

Sind unsere jungen Ärzte zu diesem bedeutungsvollen Teile ihrer Tätigkeit in der Lage, sind sie entsprechend vorgebildet, ist ihnen das Verantwortungsgefühl für diese wichtigen Fälle auf der Hochschule so eingehämmert worden, daß sie einen Fehler sicher vermeiden können? Ich glaube, diese Fragen sind alle mit einem Nein zu beantworten. Die Möglichkeit, allen solchen Fällen in jeder Weise gerecht zu werden, erfordert ein solches Maß von in den schwierigsten Lagen gestärkter und gereifter Erfahrung, daß für einen jungen Kollegen ein sicheres Vorgehen von vorneherein ausgeschlossen erscheint. Auch wir Älteren fehlen, man kann wohl sagen, noch täglich mannigfaltig. Wenn wir aber an unsere ersten Praxisjahre denken und überlegen, was wir bei den schwierigen Fällen versäumt und übersehen haben, so können uns auch heute noch die schwersten Nöte und Bedrückungen überkommen. Wir haben das meiste unter heftigen, seelischen Kämpfen erst uns erwerben müssen. Zu unserer Entschuldigung darf vielleicht angeführt werden, daß wir noch nicht die Vorbildung hatten, die zur Beurteilung dieser Fälle notwendig ist. Alle in Betracht kommenden diagnostischen und therapeutischen Fortschritte stammen ja aus den letzten 30—40 Jahren. Wir hatten keine Anleitung, wie wir uns in solch schwierigen Lagen zu verhalten hätten.

Heute ist es dem jungen Kollegen wohl etwas leichter gemacht. In den Kliniken werden täglich wichtige akute Verletzungen und Erkrankungen eingeliefert. Diese Einlieferungen erfolgen aber in der Regel außerhalb der klinischen Stunde. Es ist daher nicht möglich, alle bei der Versorgung solcher akuten Fälle erforderlichen diagnostischen

und therapeutischen Überlegungen so zu besprechen, daß die Studierenden sofort die Nutzanwendung auf die vorliegende Erkrankung ziehen können. Das praktische Jahr hat vieles gebessert, aber in der Zeit von 4—6 Monaten vermag kein Anstaltsleiter die ihm zugewiesenen Praktikanten in alle verantwortungsvollen Aufgaben ihres späteren Berufes einzuführen.

Kein Verständiger wird es tadeln, wenn der junge Arzt gelegentlich einmal sich täuscht und die richtige Diagnose verfehlt. Eines aber kann man von ihm verlangen, daß er weiß, unter welchen Umständen er an das Vorliegen einer lebenbedrohenden Komplikation denken muß. Wenn er eine eitrige Peritonitis zu spät erkennt, so sei es ihm verziehen, wenn er aber bei der Art der Erkrankung die Möglichkeit einer solchen Komplikation überhaupt nicht in den Kreis seiner Überlegungen gezogen hat, so kann ihm ein Freispruch nicht zuteil werden.

Jeder Arzt hat die Pflicht, in allen Fällen von schweren, schmerzhaften Baucherkrankungen daran zu denken, daß sich etwas ganz Schlimmes vorbereitet, das in den nächsten Stunden das Leben des ihm Anvertrauten in Frage stellen kann. Wenn er sich dieses Gedankens bewußt ist und sich nicht selbst in der Lage fühlt, zu einer genügenden Klarheit zu kommen, so stehen ihm heute überall, in kürzester Zeit erreichbar, erfahrene Kollegen und gut geleitete Krankenanstalten zur Verfügung, wo er sich durch Beratung die nötige Sicherheit verschaffen kann.

Heutzutage, wo jeder Kranke und jeder Verletzte die Ursache eines ungünstigen Ausganges nicht in der Krankheit selbst, sondern in einem

außerhalb der Krankheit gelegenen Momente sieht und am liebsten den Arzt für alles, was eintritt, verantwortlich macht, ist es nicht nur das ärztliche Ethos, das in solchen schwierigen Lagen zu wahren ist, es sind die höchst eigenen Belange jedes Arztes, die zu schützen sind. Zu leicht kann der Arzt wegen Pflichtversäumnis vor den bürgerlichen und Strafgerichten zur Verantwortung gezogen und nicht nur in Ruf und Ehre, sondern auch in seiner wirtschaftlichen Stellung schwer geschädigt werden. Man kann also jedem Kollegen, der zu irgendeinem schweren Krankheitsfall zugezogen wird, dringend raten, nicht nur seine rein ärztliche Pflicht gewissenhaft zu erfüllen, sondern auch so zu handeln, daß er gegen alle Haftpflichtansprüche geschützt ist.

Es besteht keine Möglichkeit, in einer kurzen Besprechung auf sämtliche lebenbedrohenden Erkrankungen, die hier in Betracht kommen, näher einzugehen. Es scheint aber wohl angezeigt, aus der großen Zahl von Zufällen einige herauszugreifen, die für den Arzt eine ganz besondere Bedeutung haben, und deren Studium er sich in stillen Stunden immer wieder angelegen sein lassen soll. Sicherheit verschafft in solchen Dingen nicht nur eine reiche Erfahrung. Nur wer am Schreibtisch aus den vortrefflichen Büchern unseres Schrifttums immer neue Belehrung zu schöpfen versteht und an den Erfahrungen anderer zu lernen vermag, der wird sich allmählich diejenige Sicherheit aneignen, die die ihm anvertrauten Kranken über die Gefahren derartiger Zufälle hinwegzubringen imstande ist.

Von den hier in Betracht kommenden Verletzungen sei zunächst auf die Schädelverletzungen hingewiesen. Glücklicherweise ist bei der großen

Zahl der Kopfverletzungen, wenn sie nicht mit einer äußeren Wunde kompliziert sind, der Zustand selten derartig, daß von seiten des hinzugezogenen Arztes eine schwere Versäumnis möglich ist. Auch eine tiefe Bewußtlosigkeit unmittelbar nach der Verletzung verlangt in der Regel nicht den sofortigen chirurgischen Eingriff. Erst wenn die Bewußtlosigkeit mehr als 6—12 Stunden andauert oder wenn sie, nach einem freien Zwischenraum, von neuem eintritt, dann ist zu überlegen, ob man nicht durch eine Operation dem Verletzten Hilfe zu bringen vermag. Was der Arzt in solchen Fällen zu entscheiden hat, betrifft vor allen Dingen die Frage: Liegt eine Verletzung der Arteria meningea media vor oder nicht? Die Frühdiagnose der Verletzung der Arteria meningea media und des durch dieselbe bedingten epiduralen Hämatoms gründet sich auf die schnelle Zunahme von Hirndruckerscheinungen nach einem freien Intervall. Wenn nach einer Hirnverletzung der Puls langsamer und langsamer wird, und wenn gleichzeitig Bewußtlosigkeit auftritt und schnell zunimmt, so ist mit größter Wahrscheinlichkeit eine Meningeaverletzung anzunehmen und eine Trepanation an der Stelle der verletzten Arterie mit Ausräumung des Hämatoms und Unterbindung der Arterie auszuführen.

Bei den in neuerer Zeit mehr und mehr zur schnellen chirurgischen Behandlung gelangenden lebenbedrohenden Verletzungen der Brustorgane handelt es sich fast stets um Schuß- oder Stichwunden. Die große Bedeutung dieser Verletzungen ist allgemein so bekannt, daß ein näheres Eingehen auf dieselben an dieser Stelle nicht nötig ist.

Eine große Verantwortlichkeit trifft jeden Arzt bei der Behandlung der stumpfen Bauchver-

letzungen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß die stumpfen Bauchverletzungen bei frühzeitiger Behandlung eine gute Aussicht auf Heilung ergeben, während sie bei verzögerten Eingriffen fast immer tödlich ausgehen. Nach *Demel* betrug die Operationsmortalität noch vor 20 Jahren 70—80 Proz., während sie in neuerer Zeit auf nur 21,9 Proz. berechnet wird. Jeder Arzt hat die Pflicht, bei allen solchen Bauchverletzungen, die durch eine heftige Gewalteinwirkung: Überfahrenwerden, Hufschlag, Deichselstoß, Einklemmung in einem Schacht oder zwischen zwei Wagen, Fall aus großer Höhe, Steinwurf, bedingt sind, an die Möglichkeit einer Eingeweideverletzung zu denken und alles aufzubieten, um den schwer gefährdeten Kranken sofort der chirurgischen Hilfe zuzuführen. Die Frühdiagnose der Bauchorganverletzungen stützt sich in erster Linie auf die schmerzhafte Bauchdeckenspannung und auf den gleichzeitig eintretenden kostalen Atemtypus, während Pulsbeschleunigung, Temperatursteigerung, Erbrechen in den ersten Stunden vollkommen fehlen können. Bei den genannten objektiven Zeichen ist immer die früheste Frühoperation vorzunehmen.

Von im ganzen 126 Operierten starben bei der Operation nach

12 Std.	24 Std.	48 Std.	mehr als 48 Std.
45,1 Proz.	66,67 Proz.	76,47 Proz.	80 Proz.

Das Schicksal eines Kranken mit einer derartigen stumpfen Bauchverletzung liegt in der Hand des zuerst zugezogenen Arztes. Wer seiner Sache sicher ist, wird keine Schwierigkeiten haben, die richtige Entscheidung zu treffen, wer seiner Sache unsicher ist, ziehe sofort einen erfahrenen Chirurgen zu und

bedenke stets, daß ein unnötiger Eingriff immer besser ist, als ein zu spät ausgeführter.

Eine ganz besondere Bedeutung ist den stumpfen Blasenverletzungen zuzumessen. Auch bei den Blasenverletzungen tritt immer eine reflektorische Bauchdeckenspannung ein. Daneben finden sich stets Störungen der Urinentleerung, bestehend in einem schmerzhaften Urindrang und in der Unmöglichkeit, den Urin abzulassen. Ist bei einer derartigen schmerzhaften Urinverhaltung die Blase oberhalb der Schoßfuge nicht fühlbar, so ist die Diagnose der stumpfen Blasenverletzung, sei sie extra- oder intraperitoneal, durchaus sicher. Die einzig richtige Behandlung ist in einem solchen Falle der hohe Blasenschnitt, der gleichzeitig das beste diagnostische Hilfsmittel bei nicht ganz sicheren Erscheinungen darstellt. Die Einführung des Katheters oder gar des Zystoskops ist in unsicheren Fällen unbedingt zu widerraten.

Neben diesen in der allgemeinen Praxis glücklicherweise nicht sehr häufigen schweren, bei falscher Behandlung unbedingt tödlichen Verletzungen der großen Körperhöhlen soll der Arzt seine ganz besondere Aufmerksamkeit den Extremitätenverletzungen zuwenden, sobald sie mit einer Hautwunde kompliziert sind. Auf die mit Hautwunden nicht verbundenen Verletzungen soll hier nicht näher eingegangen werden. Bei ihnen macht in der Regel ein Versäumnis von mehreren Stunden oder gar von einem Tage nichts aus. Ein begangener Fehler kann am nächsten, oft noch am übernächsten Tag immer noch gut ausgeglichen werden.

Über das Schicksal jeder mit Hautwunde verbundenen Verletzung entscheidet die erste Wundversorgung. Derjenige Arzt, der

nach der Versorgung einer frischen Wunde eine schwere Eiterung, womöglich mit Gefährdung eines Körperteils oder gar des Lebens, eintreten sieht, muß sich gewissenhaft fragen, ob er nicht irgendwie falsch gehandelt oder eine notwendige Vorsichtsmaßregel versäumt hat. Man darf auf Grund der vorliegenden Erfahrungen im allgemeinen behaupten, daß die sogenannte primäre Wundinfektion, d. h. diejenige, welche durch das unmittelbare Eindringen der Keime im Augenblick der Verletzung entsteht, verhältnismäßig selten ist, während die sekundäre Infektion, welche ohne Zusammenhang mit der Verletzung durch spätere Maßnahmen an der Wunde hervorgerufen wird, weit häufiger vorkommt. Leider müssen wir gestehen, daß diese sekundäre Infektion auch heute noch vielfach in dem Soll der Ärzte gebucht werden muß, in dem Soll derjenigen Ärzte, welche aus Unwissenheit oder aus Nachlässigkeit die für die Wundversorgung vorgeschriebenen strengen Maßregeln außer acht lassen.

Die Ursachen für das Eintreten einer sekundären Infektion unter ärztlicher Behandlung müssen vornehmlich darin gesucht werden, daß der Arzt mit ungereinigten Händen und mit unsauberen Instrumenten die Wunden untersucht und versorgt hat. Als erste Forderung unserer Behandlung muß das „non nocere" hingestellt werden. Wer eine Sonde in eine frische Wunde einführt, ohne alle Vorbereitungen so getroffen zu haben, wie für eine große Operation, muß alle Störungen des Wundverlaufes seinem Schuldkonto einverleiben.

Besteht keine Möglichkeit, eine frische Wunde in sachgemäßer Weise aseptisch zu versorgen, so soll man lieber von jedem Behandlungsversuch abstehen, die Wunde mit einem einfachen sterilen

Tuch bedecken und den Kranken der nächsten chirurgischen Hilfsstelle schnellstens überweisen. Wir wissen, daß die in die Wunde eingedrungenen Keime sich meist in ihrer Außenweltform befinden und 6—8 Stunden brauchen, bis sie die Fähigkeit gewonnen haben, weiter zu wuchern. Um diese Keime zu vernichten, müssen wir die Wundränder nach *Friedrich* 1 cm weit mit dem Messer ausschneiden. Dadurch verbürgen wir in bester Weise eine glatte Heilung auch der schwersten Verletzung. In der Göttinger Klinik konnten bei dieser Art des Vorgehens 64 Proz. aller Verletzungen zu einer vollkommenen Heilung gebracht werden.

Die schwersten Schädigungen bringt eine unsachgemäße Wundbehandlung dann, wenn es sich um komplizierte Knochenbrüche handelt. Bei jedem mit Hautwunde komplizierten Knochenbruch muß der Arzt wissen, daß er durch seine Hand, durch seine Instrumente und durch ungeeignetes Manipulieren in der Wunde eine schwere Gefahr für den Verletzten heraufbeschwören kann, die unter Umständen den Tod des Verunglückten zur Folge hat. Wer diese Einsicht und dieses Verantwortungsgefühl nicht besitzt, ist trotz aller technischen Geschicklichkeit zur Behandlung von Wunden ungeeignet und sollte die Finger davon lassen. Es überkommt einen fast wie ein Grausen, wenn man gelegentlich zusehen muß, wie ein erfahrener Arzt eine frische Wunde, ohne sich gereinigt zu haben und ohne die Umgebung der Wunde entsprechend vorbereitet zu haben, mit Pinzetten, Sonden, Tupfern bearbeitet und unter Umständen gar noch eine Ausspülung vornimmt.

Heute, wo Auto und Motorrad in die abgelegensten Dörfer dringen und überall die schwersten komplizierten Knochenbrüche verursachen können,

muß jeder Arzt darauf gefaßt sein, daß ihm die Entscheidung über den Ausgang einer der allerschwersten Verletzungen übertragen wird. Er muß unbedingt wissen, was in einem solchen Falle zu tun ist, und muß sich genau davon Rechenschaft geben, ob seine Erfahrung, seine Geschicklichkeit, seine instrumentellen und aseptischen Vorkehrungen ihn in den Stand setzen, die Versorgung eines komplizierten, schweren Knochenbruchs zu übernehmen. Hat er diese Überzeugung nicht, so muß er sich wenigstens so weit vorsehen, daß er die Wunde mit einigen ausgekochten Tüchern bedecken kann, und muß dann den Kranken auf dem kürzesten Wege der nächsten sachgemäßen Behandlung zuführen. Alles unnütze Untersuchen einer Wunde mit ungeeigneten Hilfsmitteln ist weit schädlicher als die Beschränkung auf einen primitiven aseptischen Verband. Wer es erlebt hat, daß die mangelhafte Versorgung einer Wunde ein junges, hoffnungsvolles Menschenleben in größte Gefahr gebracht und im günstigsten Falle den Verlust eines Gliedes gekostet hat, der wird nicht ohne das Gefühl der schwersten Sorge an die Behandlung einer komplizierten Knochenverletzung herangehen. Wer dagegen im Vollgefühl seiner Verantwortung mit allen Hilfsmitteln, die sich auf einfachste Weise vorbereiten lassen, die Wundversorgung in solchen Fällen unternimmt, wird in der erfolgenden glücklichen Heilung seine höchste Befriedigung sehen. Welch vortreffliche Erfolge auch in den allerschlimmsten Fällen erzielt werden können, zeigen die Berichte aus den großen industriellen Betrieben im Rheinland und in Westfalen, in denen die schwersten Verletzungen von der Unfallstelle sofort, ohne jeden Aufenthalt, in den Operationssaal verbracht werden können.

Ein besonderes Wort ist über die prophylaktische Einspritzung von Tetanusserum zu sagen. Die Frage hat in den letzten Jahren zu mancherlei, zum Teil ziemlich erregten Aussprachen geführt. Es ist selbstverständlich, daß die größte Zahl aller Verletzungen ohne Tetanusserumeinspritzung glatt heilt. Wer es aber einmal erfahren hat, daß eine ganz unschuldige Verletzung an einem Gartenzaun oder an einem Brunnentrog zu einem Tetanus führt und dem Arzte eine Haftpflichtklage wegen unterlassener Tetanusserumeinspritzung zugezogen hat, der wird die kleine Mühe nicht scheuen, bei jeder Wunde, die mit Erde oder mit Straßenschmutz mittel- oder unmittelbar in Berührung gekommen ist, eine Tetanusserumeinspritzung vorzunehmen. Um diesem Gebot nachkommen zu können, soll jeder Praktiker stets zwei Fläschchen Tetanusserum unter seinen Medikamenten vorrätig halten.

Den schweren Verletzungen in mancher Weise gleichzustellen sind die plötzlich auftretenden inneren Blutungen. Ein großer Blutverlust kann den Kranken in wenigen Stunden in ernste Gefahr bringen. Schnellstes Handeln ist darum dringend notwendig. Das schnellste Handeln ist nur möglich, wenn der Arzt von dem, was bei dem ihm anvertrauten Kranken vorgeht, genaue Kenntnis hat.

Die in Betracht kommenden Blutungen sind vornehmlich die Blutungen beim Aufbruch einer Tubenschwangerschaft. Die Anschauungen über die Gefährlichkeit der Magengeschwürblutungen stimmen nicht ganz überein. Für die Praktiker wird es eine Beruhigung sein, zu erfahren, daß der tödliche Ausgang bei einer Magengeschwürblutung nur in einer geringen Anzahl von Fällen eintritt. *Nordmann* berechnet die Mortalität der Magengeschwür-

blutungen auf 3 Proz. Dazu kommt noch, daß bei der chirurgischen Behandlung ein Geschwür manchmal nicht gefunden ist.

Darum haben sehr erfahrene Chirurgen schon seit längerer Zeit die operative Behandlung der Magengeschwürblutung vollkommen aufgegeben und andere Maßregeln ergriffen. Die beste ist die Bluttransfusion. Bei jedem Kranken mit einer schweren Magengeschwürblutung soll darum eine Bluttransfusion schnellstens vorgenommen werden. In denjenigen Fällen, in denen aus den verschiedensten Gründen keine Möglichkeit besteht, eine Bluttransfusion nach den Regeln der Kunst zu machen, genügt es, aus der Vene eines geeigneten Spenders etwa 50 g Blut zu entnehmen und dem Kranken intravenös einzuspritzen. Der Notwendigkeit dieser Aufgabe muß sich jeder Arzt stets bewußt sein.

Die Blutungen bei Tubenschwangerschaft sind in ihrer Bedeutung heute wohl jedem Arzt bekannt. Die Erkrankung ist so häufig und wird in den gynäkologischen Kliniken so oft besprochen, daß ihre Erscheinungen eigentlich nicht übersehen werden können. Und doch kommen, zumal in chirurgischen Anstalten, immer wieder Kranke mit Blutungen bei Tubenschwangerschaft zur Aufnahme, bei denen nicht nur der zuweisende Arzt die Diagnose versäumt hat, sondern bei denen auch der Chirurg selbst an alles mögliche andere denkt, nur nicht an Tubenschwangerschaft.

Eine starke Blutung macht fast immer so sinnfällige Erscheinungen, daß auch dem Laien die Schwere der Erkrankung klar wird: plötzlicher Zusammenbruch, oft unter heftigsten Schmerzen, schnelles Bleichwerden des Gesichts, Kleinerwerden

des Pulses. Keinem Arzte bereitet die Deutung dieser Symptome Schwierigkeiten.

Unklar wird die Diagnose nur dann, wenn der Aufbruch der Tubenschwangerschaft unter ganz anderen Erscheinungen erfolgt. Schwierig zu erkennen sind vor allen Dingen die schubweisen Blutaustritte, deren Deutung auch dem Erfahrenen oft nur schwer möglich ist. Es kommt zunächst zu einer unbedeutenden Blutung, die nach einigen Tagen wieder aufhört, um dann von neuem aufzutreten.

Um in solchen Fällen die richtige Diagnose nicht zu verfehlen, gewöhne man sich daran, bei Frauen in jedem Falle einer einigermaßen schweren, unklaren Unterleibserkrankung stets die Möglichkeit einer Tubenschwangerschaft in Betracht zu ziehen. Vor allen Dingen versäume man nie, bei einer Abdominalerkrankung einer Frau nach dem Zeitpunkt und nach der Stärke der letzten Regel zu fragen. Dabei ist nur zu bedenken, daß das Fehlen einer Menstruationsstörung nicht gegen Tubenschwangerschaft spricht. Wenn aber eine Menstruationsstörung vorliegt, so wird es nicht schwerhalten, aus den übrigen Erscheinungen (Anämie, schmerzhafte Bauchdeckenspannung, Tumor neben dem Uterus) die richtige Diagnose zu stellen.

Ein kurzes Wort sei über die Blutungen in das Nierenlager gesagt. Diese Blutungen sind ziemlich selten und werden auch von erfahrenen Chirurgen nicht häufig beobachtet. Es handelt sich dabei um große Blutergüsse in das Nierenlager, die aus den verschiedensten Ursachen entstehen können: Tuberkulose der Nieren, Tumor der Niere, Abszesse, Aneurysmen. Die Diagnose ist dann zu stellen, wenn bei einem Kranken plötzlich ein hef-

tiger Schmerz eintritt, wenn dazu sich die Zeichen der inneren Blutung gesellen, und wenn ein retroperitonealer Tumor nachweisbar wird.

In Anbetracht der Ursachen solcher starken retroperitonealen Blutungen wird es nur selten gelingen, durch einen operativen Eingriff das Leben zu erhalten. Der Arzt soll aber die Erkrankung kennen und beim Verdacht auf eine solche Blutung baldigst eine Beratung mit einem erfahrenen Chirurgen vornehmen.

Die akut entzündlichen, lebenbedrohenden Erkrankungen der Bauchhöhle sind in ihrer Bedeutung jedem Arzte wohl bekannt. Es gibt heute wohl keinen Kollegen mehr, der nicht weiß, daß Kranke mit einem perforierten Magengeschwür, einem geplatzten Wurmfortsatz, einer durchgebrochenen Gallenblase, einer eitrigen Pankreasentzündung sofort auf den Operationstisch gehören. Und doch kommen Fehler noch alltäglich vor. Fehler, die dadurch bedingt sind, daß auf Grund der verhältnismäßig geringen Begleiterscheinungen der Gedanke an einen schweren Krankheitsprozeß dem Arzte nicht aufgetaucht ist. Wir wissen, daß bei den verschiedensten zu einer tödlichen Peritonitis führenden Erkrankungen Temperatur und Puls in den ersten Stunden keinerlei Störung aufzuweisen brauchen. Man kann es auch heute noch erleben, daß von einem Kollegen, der die zeitige chirurgische Behandlung einer perforierten Appendix versäumt hat, gesagt wird: es war kein Fieber da und der Puls war nur 84. Bei der Beurteilung aller solcher Fälle muß immer wieder von dem alten Erfahrungssatze ausgegangen werden, daß Temperatur und Puls bei der Diagnose einer beginnenden allgemeinen Peritonitis keine Rolle spielen.

Des weiteren soll sich jeder Arzt die wichtige Regel einprägen, daß er bei jedem Falle von plötzlich einsetzenden Bauchschmerzen mit der Möglichkeit einer Appendizitis, einer Cholezystitis, einer drohenden Magenperforation rechnen muß. Auch heute noch erfahren wir es immer wieder, daß ziemlich schwere Fälle von Appendizitis und Cholezystitis tagelang unter der Diagnose „Bauchgrippe" behandelt werden. Nur wer in jedem solchen Falle jede Möglichkeit genau berücksichtigt und nach jedem Symptom sorgfältig fahndet, kann der schweren Bedrückung, die eine falsche Diagnose machen muß, entgehen.

Bei der Appendizitis, der häufigsten dieser Erkrankungen, sind diese Regeln mit besonderer Gewissenhaftigkeit zu befolgen.

Von ungefähr 2000 Operierten, aus verschiedenen Statistiken zusammengestellt, starben bei der Operation am

1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag
1,42 Proz.	2,96 Proz.	14,8 Proz.	25,5 Proz.

Die Frühdiagnose der Appendizitis ist so vielfach erörtert worden, daß ich es mir ersparen kann, hier genauer darauf einzugehen. Hervorgehoben sei nur, daß man bei der Untersuchung vor allen Dingen das Erbrechen, die schmerzhafte Bauchdeckenspannung und den Rektalbefund berücksichtigen und in allen zweifelhaften Fällen eine Leukozytenzählung vornehmen soll. Nie versäume man, bei unklarem Befund den Kranken nach zwei Stunden noch einmal genau zu untersuchen. Ich kenne viele erfahrene Ärzte, die einem beginnenden Falle von Appendizitis in den ersten Stunden vollkommen ratlos gegenüberstanden. Erst nach Ablauf einiger Stunden bei einer neuen, ge-

nauen Untersuchung konnte die Diagnose einwandfrei gestellt werden.

Die akute Gallenblasenentzündung stellt an das Verantwortungsgefühl des Arztes nicht so große Ansprüche wie die Appendizitis. Wenn auch heute manche Chirurgen auf dem Standpunkt stehen, daß im Falle einer akuten Gallenblasenentzündung die Frühoperation angezeigt sei, so sind wieder andere Chirurgen der Überzeugung, daß die Gallenblasenentzündung im akuten Anfall nur bei ganz schweren Erscheinungen eine Operation notwendig macht. Die Möglichkeit, daß man durch ein Versäumnis der Gallenblasenoperation den Kranken in Lebensgefahr bringe, ist sehr gering und sicherlich weit geringer, als wenn man bei der Blinddarmentzündung den Eingriff verzögert. Nur wenn es sich um ganz schwere Fälle handelt, ist die sofortige Operation notwendig. Ein schwerer Anfall liegt dann vor, wenn noch am dritten Tage der Erkrankung höheres Fieber, Pulsbeschleunigung und schmerzhafter Gallenblasentumor bestehen. In solchen Fällen heißt es sofort eingreifen. Wird der Arzt zu einem ganz frischen Anfall von Cholezystitis zugezogen, so hat er immer einige Tage Zeit, sich in Ruhe die Frage der Operation zu überlegen oder mit einem Kollegen zu besprechen.

Vor eine recht schwere Aufgabe stellt den praktischen Arzt die Diagnose der akuten Pankreatitis und die Entscheidung über die Operation bei dieser Erkrankung. Die akute Pankreatitis ist von den akuten Entzündungen der Bauchorgane die seltenste, aber auch die gefährlichste. Bei der Operation der akuten Pankreatitis ergibt sich immer noch eine Sterblichkeit von 51,2 Proz. (*Schmieden*). Eine Versäumnis der Diagnose der akuten Pankrea-

titis bedeutet für den von ihr Befallenen nahezu den sicheren Tod. Der sich seiner Pflicht bewußte Arzt muß sich daher mit den Erscheinungen der akuten Pankreatitis so vertraut machen, daß er wenigstens an die Möglichkeit derselben denken und beim vorliegenden Verdachte auf Pankreatitis sofort chirurgischen Rat in Anspruch nehmen muß. Die sichersten Erscheinungen der akuten Pankreatitis sind die außerordentlich heftigen Schmerzen, oft auf der linken Seite, der schnell steigende Puls, das wiederholte Erbrechen, die schmerzhafte Spannung des Oberbauches neben einer bald auftretenden Zyanose des Gesichtes und der Extremitäten. Alle Fälle von unklarer Peritonitis sollen jeden Arzt veranlassen, an eine akute Pankreatitis zu denken. Bei frühzeitiger Diagnose und Operation ist die Voraussage der schweren Erkrankung weit günstiger.

Zu den entzündlichen Baucherkrankungen gehört weiter die Perforation des Magengeschwürs. Über das Schicksal eines Kranken mit Magengeschwürperforation entscheiden die ersten 6 Stunden. Während von den Kranken, die in den ersten 6 Stunden nach der Perforation zur Operation kommen, in einzelnen Statistiken 100 Proz. geheilt werden, steigt die Sterblichkeit von der 7. Stunde ab unheimlich an.

Von 397 Operierten, aus verschiedenen Statistiken zusammengestellt, starben bei der Operation innerhalb

6 Std.	12 Std.	24 Std.	36 Std.
5,5 Proz.	29,8 Proz.	42,3 Proz.	86,2 Proz.

Der zuerst zu einem solchen Kranken zugezogene Arzt hat die Entscheidung über Leben und Tod in seiner Hand. Er muß sich der ungeheuren Verantwortung, die er bei Beratung eines solchen

Kranken auf sich nimmt, bewußt sein. Er muß sich darüber klar sein, daß er, falls er die Art der Erkrankung nicht erkennt und die einzige in Betracht kommende chirurgische Behandlung nicht einleitet, den Kranken bestimmt zugrunde gehen läßt.

Glücklicherweise sind die ersten Erscheinungen des Magengeschwürdurchbruches so sinnfällige, daß schon ein hoher Grad von Mangel an Beobachtungsgabe dazu gehört, um die Diagnose zu verfehlen. Insbesondere ist der erste Schmerz in den meisten Fällen von überwältigender Heftigkeit. Gesellt sich zu diesem Schmerz alsbald eine brettharte Spannung der Bauchwand und das völlige Fehlen der Bauchdeckenatmung, so kann an der Diagnose kein Zweifel sein, der Kranke gehört sofort auf den Operationstisch. Daß Puls und Temperatur im Anfang oft nicht verändert sind, soll ausdrücklich betont werden.

Der Darmverschluß stellt auch heute noch eine sehr gefürchtete Erkrankung dar, deren Sterblichkeit selbst in den Händen erfahrener Operateure bis zu 40 Proz. beträgt. Die Besserung dieser unheimlichen Sterblichkeit müssen sich alle Ärzte angelegen sein lassen, die Chirurgen durch bessere Ausbildung ihrer Technik, die Praktiker durch möglichst frühe Diagnosestellung.

Wenn bei einem Menschen der Abgang von Stuhl und Winden plötzlich aufhört, so hat die Hauptaufgabe des Arztes darin zu bestehen, festzustellen, ob der anzunehmende Darmverschluß mit einer Schädigung der Darmwand einhergeht oder nicht. Ist eine Schädigung der Darmwand auszuschließen, so ist der chirurgische Eingriff im allgemeinen nicht sehr dringend (Obturationsileus). Läßt sich dagegen eine bedrohliche Abschnürung

eines Darmteils erkennen (Strangulationsileus), so ist höchste Eile geboten. In einem solchen Falle ist die Operation noch dringender als bei einem eingeklemmten Bruch.

Der Strangulationsileus, d. h. der Darmverschluß mit Schädigung der Darmwand, läßt sich aus mehreren Zeichen ohne Schwierigkeit erkennen. Bei jedem Strangulationsileus treten sofort heftigste Schmerzen, Erbrechen und Beschleunigung der Herztätigkeit ein. Nach 1—2 Stunden ist immer ein örtlicher Meteorismus (geblähte Darmschlinge) nachweisbar. Wird in einem Falle von Darmverschluß der Schmerz von Stunde zu Stunde heftiger, geht der Puls jede Stunde auch nur um 10 Schläge hinauf, wird der örtliche Meteorismus immer deutlicher, so ist die früheste Frühoperation vorzunehmen. Mit jeder Stunde Verzögerung wächst die Gefahr der Darmgangrän und damit die Wahrscheinlichkeit einer tödlichen Peritonitis.

Es kann in diesen kurzen Ausführungen nicht alles, was über die Frühdiagnose des Darmverschlusses zu sagen ist, aufgeführt werden. Wenn sich aber der Arzt, der zu einem Kranken mit Darmverschluß gerufen wird, immer wieder erinnert, daß er sorgfältig auf Schmerzen, Erbrechen, Pulsbeschleunigung und örtlichen Meteorismus achten muß, so wird er die richtige Diagnose und die dringende Anzeige zur Operation nicht versäumen. Man lasse sich nicht verführen, auf das Auftreten eines allgemeinen Meteorismus oder gar des Koterbrechens zu warten. Allgemeiner Meteorismus und Kotbrechen kommen immer erst in den Endstadien des Darmverschlusses zur Beobachtung. Auch bedenke man, daß Temperatur und Atmung beim Darmverschluß im Anfang unverändert bleiben können.

Vom Chirurgen.

Wer den Beruf eines Chirurgen, dem Kranken zum Heil, sich selbst zur Befriedigung, ausüben will, muß in erster Linie ein richtiger Arzt sein. In unserer Zeit, in der die Laboratoriumsarbeit einerseits und die Technik anderseits zu so großer Bedeutung gelangt sind, muß das besonders eindringlich betont werden. Es ist das große Verdienst von *August Bier*, daß er nie müde geworden ist, zu erklären, er fühle sich in erster Linie als Arzt, und daß er nie versäumt hat, seine Studenten darauf hinzuweisen, daß er sie nicht zu Chirurgen, sondern zu Ärzten heranbilden wolle. Wenn *Bier* den chirurgischen Ärzten für die Diagnostik vor allen Dingen die naive Naturbeobachtung wünscht, so verlangt er für die Therapie in erster Linie ein hoch ausgebildetes Verantwortlichkeitsgefühl. „Handle bei deinen Kranken so, als wärst du es selbst oder eines Deiner Angehörigen. Mache keine überflüssige Operation, vor allen Dingen keine Finanzoperation. Vermeide nach Möglichkeit die verstümmelnden Operationen."

Das sind goldene Worte, die in *Biers* Lebensarbeit und besonders in seinen wissenschaftlichen Großtaten ihren besten Ausdruck finden. Die Entdeckung der Rückenmarksbetäubung und anderer schmerzverhütender Mittel, die Erkennung der Hyperämie als Heilmittel, die Untersuchungen über die heilende Kraft des Fiebers, die Ablehnung der verstümmelnden Operationen bei Tuberkulose, die erhaltende Behandlung bei schweren Eiterungen mit Wiederherstellung der Funktionen, die pflichttreue Versorgung seiner Klinik und seiner Vorlesungen, von der er sich auch durch Rücksicht auf auswärtige

Konsultationen nie abhalten ließ, zeigen uns das wahre Bild des chirurgischen Arztes in seiner sympathischen Größe und Harmonie.

Das strenge Verantwortlichkeitsgefühl muß die Grundlage für die ärztliche Einstellung des Chirurgen bilden und darf ihn auch bei der täglichen Kleinarbeit nie verlassen. Es muß ihm treu bleiben bei der einfachsten Diagnose und bei der harmlosesten chirurgischen Handlung. Ein diagnostischer Fehler im Anfang eines zunächst unschuldig erscheinenden Leidens kann zu den schlimmsten Weiterungen, ein therapeutisches Versagen bei dem gewöhnlichsten chirurgischen Eingriff kann zu den bedenklichsten Komplikationen führen. Was ein diagnostischer oder technischer Irrtum in der großen Chirurgie bewirken kann, das ist hier nur anzudeuten. Mag es sich um die Naht einer verletzten Arterie, um die Entfernung eines kranken Darmteiles, um die Versorgung eines komplizierten Gelenkbruches handeln, immer muß der Chirurg von dem Gefühl beseelt sein, daß ein kleiner Fehler in seinem technischen Apparat und in seiner oft schnellstens zu treffenden Entscheidung den Kranken im höchsten Grade gefährden kann.

Durch unsere jahrelange tägliche Beschäftigung mit dem kranken Menschen werden wir gegen alle Zufälle unseres chirurgischen Tuns in bester Weise gerüstet. Wir wissen jede unvorhergesehene Wendung der Operation zielbewußt zu beherrschen. Aber wer ertappt sich nach einem langen Operationsmorgen nicht doch bei dem Gedanken, ob man es nicht bei einem bestimmten Augenblick der Operation hätte anders machen sollen. Und wer hat nicht nach einem großen Eingriff, bei dem blitzartig die Entscheidung getroffen werden mußte,

nachher das belastende Gefühl, ob auch die vorgenommene Operation zum guten Ausgang führen wird.

Fritz König führt eine Reihe von solchen Eingriffen an, bei denen die betreffenden, erfahrensten Operateure tagelang unter größter Bedrückung gestanden haben. Mit Recht weist er auch auf die erschütternden Erlebnisse hin, wie sie ein Todesfall in Narkose, ein Todesfall nach Bluttransfusion bedeutet und hebt hervor, wie beim Chirurgenberuf solche Unfälle sich beim gewissenhaftesten Vorgehen ereignen können.

Es gehört schon eine nicht ganz gewöhnliche Dosis von Widerstandskraft dazu, wenn ein beschäftigter Chirurg der Last der täglich auf ihn eindringenden Verantwortung standhält. Wer im Laufe eines Vormittags fünfmal — manchmal auch öfter — lebensgefährdende Operationen am Menschen vorzunehmen hat, wer nebenbei noch mit Sorge und Bedrückung den Krankheitsverlauf der früher Operierten zu verfolgen hat, wer weiterhin die Entscheidung über das ärztliche Vorgehen in diagnostisch nicht ganz klaren Erkrankungen zu treffen hat, und wer daneben noch manchmal mit liebenswürdigen An- und Vorwürfen von seiten durch Fachkenntnis nicht gerade ausgezeichneter Laien belästigt wird, der hat schon ein gutes Maß seelischer Last mit sich herumzutragen, und es ist zu verstehen, wie mancher Chirurg zu Betäubungsmitteln gegriffen oder seine Tätigkeit ganz aufgegeben hat. Auch für den letzten Fall bringt *König* ein ergreifendes Beispiel bei. Gegen alle diese im vorstehenden genannten Bedrückungen hat uns unser Beruf glücklicherweise ein vortreffliches Gegenmittel geschenkt: das ist die immer neu auftretende Freude an dem

herrlichen Erfolgen, die uns die Fortschritte der Chirurgie erleben lassen. Wer ist nicht mit Leib und Seele Chirurg? Wer einmal eine schwangere Frau mit einer suffokatorischen intrathorazischen Struma durch die Strumektomie von der Erstickungsgefahr befreit hat, wer einmal eine spritzende Femoralis durch die Naht verschlossen hat, wer einmal bei einem Kranken mit Verletzung der Meningea media das blutende Gefäß freigelegt und so den sicheren Tod verhindert hat, oder wer gar das Glück gehabt hat, das verletzte Herz zu nähen oder einen Embolus aus der Pulmonalis oder Aorta mit Erfolg zu entfernen, der wird durch eine solche Operation, die das Leben gerettet hat, für viele Kümmernisse und Enttäuschungen, die der Beruf gebracht hat, entschädigt. Gar nicht zu reden von den nahezu alltäglichen Erfolgen bei der Perforation des Wurmfortsatzes, bei der Entfernung der schwangeren Tube, bei der Vernähung des perforierten Magengeschwürs. Was uns unsere hohe Kunst Tag für Tag, wenn auch bei angestrengtester Arbeit, immer wieder erleben läßt, ist wohl geeignet, uns mit hohem Glücksgefühl zu erfüllen.

Es wird wenige Chirurgen geben, die bei diesem Auf und Ab der Empfindungen durch die Mißerfolge nicht immer wieder schwer getroffen werden. Die guten Ergebnisse erscheinen uns so selbstverständlich, daß wir einer wahrhaft befriedigenden Empfindung oftmals nicht mehr teilhaft werden. Eine eiternde Knochenplastik vermag den schönen Erfolg von 100 ohne Eiterung geheilten, größeren Operationen uns leicht vergessen machen. Und wenn man sich auch immer wieder sagt, alles nach bestem Wissen und Können unternommen zu haben, über die quälenden Selbstvorwürfe bringt uns auch dieser Gedanke nicht hinweg.

So sehr die Technik und ihre Erfolge den Fernerstehenden begeistern, für den wahren Chirurgen sind sie nicht das Wahre seiner Kunst. Schon *Billroth* klagt darüber, daß die Ergebnisse seiner bedeutenden wissenschaftlichen Forschungen ganz verborgen geblieben seien, und daß ihn nur das Technische, die Entfernung des kranken Kehlkopfes und des kranken Magens, berühmt gemacht haben. Und auch *Bier* stellt das, was er in ernster Forschungsarbeit beobachtet hat, weit höher als seine technischen Erfolge. Eine Magenresektion vorzunehmen, bereitet bei den heutigen Hilfsmitteln keine Schwierigkeit. Der junge Chirurg, der in harter Assistentenarbeit 4 und 6 Jahre strengen Dienst getan hat, muß technisch so geschult sein, daß er mit allen Operationsschwierigkeiten fertig zu werden versteht.

Zum mindesten die gleiche Wichtigkeit wie die technische Ausbildung hat für den jungen Chirurgen die wissenschaftliche Ausbildung. Ohne eine sichere Grundlage in der inneren Medizin sowie in der normalen und der pathologischen Anatomie, in der Röntgenologie und in vielen anderen Gebieten (Neurologie, Urologie), kann man sich heute einen wahren Chirurgen nicht mehr vorstellen. Zumal die Verbindung mit der inneren Medizin ist für den Chirurgen heute so wichtig, daß eine erfolgreiche Ausbildung des Chirurgen ohne eine gute innere Grundlage nicht mehr möglich ist. Es entspricht nicht mehr den heutigen Verhältnissen, daß der Internist dem Chirurgen die Diagnose und Operationsanzeige fertig übergibt und ihn um die Ausführung der Operation bittet.

Der Chirurg wird gern jede Belehrung und jeden Rat annehmen, er muß aber selbständig prüfen

und entscheiden können. Auch auf dem schwierigen Gebiet der Gehirn- und Rückenmarksleiden muß der Chirurg sich so weit bilden, daß er allein die Diagnose zur Operationsanzeige stellen kann. In welch geradezu idealer Weise das im Ausland möglich ist, zeigen die Beispiele von *Cushing* in Boston und von *Terrier* in Paris.

Auch in Deutschland haben sich mehr und mehr tüchtige Chirurgen mit diesem Teil der inneren Medizin beschäftigt. Die streng wissenschaftliche Auffassung seines Berufes wird den Chirurgen am besten davor bewahren, ein reiner Techniker zu werden. Sie wird ihm auch eine sichere Stütze gegenüber seinen Mißerfolgen und Selbstanklagen sein. Wer versteht, nach vollendeter Tagesarbeit in später Nachtstunde seine Erfahrungen zu Papier zu bringen und sich in den Werken unserer Meister Rat und manchmal auch Trost zu holen, der wird in bester Weise mit all dem Auf und Ab seiner seelischen Schwingungen zurechtkommen.

Eines muß ihm dabei allerdings von der Natur geschenkt sein: ein gewisser Optimismus, die Zuversichtlichkeit, der Glaube an sich selbst, daß er's bei der nötigen Energie schaffen und vollenden kann. Der zuversichtliche Chirurg ist derjenige, der über allen Kümmernissen und Nöten des verantwortungsvollen Chirurgen stehen soll. Wer die Vervollkommnung dieser Eigenschaft erreicht, wird der Last der täglichen Sorgen und Zweifel nicht erliegen und wird seinen Kranken die Furcht vor dem ihnen bevorstehenden Eingriff mit einem frohen Wort und einem heiteren Gesicht wegzaubern. Es ist oft keine Kleinigkeit, wenn man am Morgen nach einem großen Operationstag erfährt, daß der gestern Magenresezierte einen erheblichen Gallenrückfluß

aufweist, daß der Kropfoperierte eine heftige Nachblutung gehabt hat, und daß der wegen Darmverschluß Operierte noch andauernd Ileuserscheinungen aufweist, — es ist keine Kleinigkeit mit einem so an Sorgen übervollen Kopf seinen anderen Kranken mit einem ruhigen, heiteren Gesicht entgegenzutreten und vor allen Dingen den neu zu Operierenden das nötige Vertrauen in das, was ihnen bevorsteht, einzuflößen.

Zu dieser raschen Umstellung braucht man eine gewisse seelische Kraft. Der Chirurg muß in sich die Fähigkeit haben, sich in diesen Augenblicken zu sagen: „Du hast dein Bestes getan; über deine Kraft vermagst du nichts; andere warten auf dich; anderen sollst du Mut und Hoffnung, wenn sie dich auch im Augenblick verlassen haben, einflößen." Wer es vermag, aus dem Sterbezimmer eines wegen Magenkarzinom Operierten und an postoperativer Peritonitis Erkrankten hinauszutreten und im nächsten Zimmer einem anderen Kranken, der am selben Tag wegen des gleichen Leidens operiert werden soll, froh und zuversichtlich entgegenzutreten und ihm zu sagen: „Nun mein lieber H., jetzt haben Sie nur keine Sorge, ich habe gar keinen Zweifel, daß die Operation bei Ihnen zum günstigen Erfolg führen wird", der hat sich die unbedingt notwendige, zuversichtliche Fröhlichkeit und heitere Sicherheit erworben. Wenn es wahr ist, daß eine Operation um so günstiger ausfällt, je weniger der Kranke vor derselben bedrückt und besorgt ist, dann wird der Kranke unter Leitung eines solchen Chirurgen zweifellos eher seine Gesundheit erlangen, als wenn der Operateur ihm vor der Operation mit einem bedenklichen Gesicht entgegentritt.

Eine gewisse Zuversichtlichkeit sollte dem Chirurgen angeboren sein. Erfahrungsgemäß gibt

es aber gerade unter den Chirurgen sehr viele Schwarzseher, die jedes postoperative Zeichen für den Ausdruck eines Mißerfolges halten. Diese Pessimisten leiden am meisten unter den Bedrückungen unseres Berufes. Der geborene Optimist ist ihnen gegenüber in großem Vorteil. Derjenige, der alles günstig ansieht, der in jeder schlechten Lage ein Fünkchen Hoffnung zu entdecken vermag, der sich durch widrige Ereignisse nicht sofort niederdrücken läßt, der hat vor den anders Veranlagten viel voraus.

So angelegentlich jedem Chirurgen eine gewisse Dosis Zuversichtlichkeit zu wünschen ist, so darf diese Zuversichtlichkeit nicht übertrieben werden, zumal wenn sie dazu verleitet, immer nur günstige Erfolge zu sehen und zu berichten. Wenn ein Chirurg erzählt, daß er nie eine Eiterung erlebe, daß er nach einer G.E. nie einen Gallenrückfluß sehe, daß er alle Unterschenkelfrakturen ohne jede Verkürzung heile, so stimmt das leicht etwas mißtrauisch. Ich denke dabei an jenen Chirurgen, der nie eine Fadeneiterung nach Kropfoperation gesehen hat; sein langjähriger Assistent erzählte mir später, daß die Fadeneiterungen ihm stets verschwiegen worden seien; in der ersten Zeit hätte man sie ihm mitgeteilt, dabei aber einen solchen Zornesausbruch gesehen, daß weitere ungünstige Mitteilungen unterblieben wären. Man denkt auch an jenen Chirurgen, der einem Besucher erzählte, daß in seiner Klinik nie ein Gallenrückfluß nach Gastroenterostomie vorkäme: bei einem Gang durch die Abteilung war das erste Bild, das sich darbot, ein Kranker mit G.E., bei dem der Assistent gerade eine Menge in den Magen ergossener Galle mit dem Magenschlauch ausspülte. Das sind die Dichter unter den Chirurgen. Eine dichterische Phantasie

ist zweifellos zu einem großen Können und schöpferischen Vorwärtsstreben unbedingt notwendig. Ohne Phantasie gibt es keinen Fortschritt, und der Phantasielose, dem sich keine neuen Bilder in seiner Vorstellung erschließen, ist gewiß gegenüber dem, dem sie „tausendfarbig, immer wechselnd" erscheinen, im Nachteil. *Billroth* hätte gewiß seine Untersuchungen über die Coccabacteria septica, seine technischen Fortschritte bei den Magen- und Kehlkopfoperationen nicht zustande gebracht, wenn ihm nicht die Anregungen dazu aus seinem schöpferischen Sinn zugeflogen wären.

Der Nüchterne ist sicher gegenüber solchen schöpferischen Naturen, denen immer neue Bilder zuströmen, in großem Nachteil. Er wird ein recht braver, kenntnisreicher Vertreter seines Faches sein, er wird aber seiner Wissenschaft nie neue Bahnen eröffnen. Der Fortschritt kommt nur von den genialen Naturen. So ist es in der Wissenschaft, so ist es in der Kunst; vor allen Dingen in der Musik und in der Dichtkunst. Wer hat nicht gerade in diesem Jahre mit wirklichem Erschauern gelesen, welche Fülle von Bildern auf den jungen Goethe schon Ende seines zweiten Jahrzehnts eindrangen, und wer vernimmt nicht mit Ehrfurcht und Erstaunen, wenn Beethoven schreibt, wie ihm die neuen Melodien in Wald und Feld, beim Geräusch des Tages und in der Stille der Nacht entgegenströmten.

Den Chirurgen, sei er noch so schöpferisch, darf seine Phantasie nie auf Irrwege führen. Er muß sich ebenso wie der Phantasielose, Unbegabte, in all seinem Tun und Reden durch absolute Redlichkeit und Wahrhaftigkeit auszeichnen.

Das erhabenste Bild der vollkommenen Ehrlichkeit gibt uns *Billroth*, der nie unterlassen hat, auf

die Mängel und Unzulänglichkeiten unseres Könnens hinzuweisen. Seine Jahresberichte aus den Kliniken von Zürich und Wien, in denen er peinlich genau dem Schicksal von jedem Kranken nachgegangen ist, sind vorbildlich. Das sollte jeden Chirurgen zur Nacheiferung anregen. „Wer sich selbst nichts vormacht, wird der Neigung widerstehen, anderen etwas vorzumachen."

Eines muß allerdings immer in Rechnung gezogen werden: je nach der psychischen Einstellung wird die Beurteilung der Erfolge verschieden ausfallen. Wo der Optimist eine wunderbare Wirkung eines neuen Operationsverfahrens zu sehen glaubt, vermag der kühl Beobachtende, von eigenen Wünschen nicht Beeinflußte, eine Wirkung nicht zu sehen. Zumal in therapeutischen Fragen muß man mit dieser Tatsache immer rechnen. Das ist in der ganzen Medizin so. Was hört man nicht immer von den Wundererfolgen eines neuen Heilmittels, die nach einem Jahr wieder vergessen sind. Die *Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruch*-Diät vermag bei dem einen den Lupus radikal zu heilen, der andere kann keinen Erfolg dabei erkennen. Die BCG-Behandlung zur Prophylaxe der Tuberkulose bedeutet für den einen einen großen Fortschritt, für den anderen ein vollkommen aussichtsloses Verfahren. Die Behandlung der Gallensteine mit den vielen neu empfohlenen Mitteln zeigt bei dem einen glänzende Erfolge, bei dem anderen versagt sie vollständig. Und bei vielen chirurgischen Methoden ist es nicht anders. Welch wunderbare Erfolge haben uns selbst kritische Chirurgen über die hervorragenden Resultate bei der Operation der Gastroptose mitgeteilt. Wie lang hat man an die Wirksamkeit der Nephropexie geglaubt! Wie weit gehen die

Meinungen über die chirurgische Behandlung des Bronchialasthmas auseinander! Welch mannigfache operative Methoden sind zur Heilung der Epilepsie vorgeschlagen worden!

Um sich diese häufigen Widersprüche zu erklären, muß man etwas eingehender die Lehren der Psychotherapie berücksichtigen. Auch der Chirurg muß bei allen seinen Handlungen ein Psychotherapeut sein. Er muß immer eine gewisse suggestive Kraft von sich auf den Behandelten übertragen. Wie oft bleiben nach gut verlaufenen Operationen noch leichte Störungen zurück! Wenn nach der tadellos gelungenen Operation des Hallux valgus noch leichte Beschwerden vorhanden sind, so wird das oft an einer Abplattung des Fußgewölbes liegen, die sich auf entsprechende Weise beseitigen läßt. Manchmal handelt es sich aber auch um rein funktionelle Beschwerden, und diese lassen sich durch freundliche Zusprache oder durch indifferente Behandlung unschwer beseitigen.

Auch der Vorsichtigste und Aufrichtigste muß manchmal eine Operation vornehmen, ohne daß ihm die Diagnose ganz sicher ist. Er findet nichts außer einigen harmlosen peritonealen Strängen; er weiß nun aber bestimmt, daß ein bedenkliches Leiden nicht vorliegt. Eine entsprechende suggestive postoperative Nachbehandlung wird in solchen Fällen den vollkommenen Erfolg der Operation sichern.

Das ist keine Unehrlichkeit und keine Täuschung und auch keine Zauberei, aber es ist ein Verfahren, das wir im Interesse unserer Kranken anwenden, um sie zu beruhigen, zu trösten, aufzurichten, ihnen ihre Kümmernisse und Bedrückungen zu nehmen, ihre Zuversicht zu stärken und sie allen Zweifeln gegenüber fest und sorglos zu machen.

Um das zu erreichen, muß der Arzt und zumal der Chirurg eine ganze Persönlichkeit sein, von welcher diese beruhigende und stärkende Kraft ausgeht. Ehrlichkeit und suggestive Behandlung lassen sich in der chirurgischen Praxis wohl vereinigen. Beide Eigenschaften in ihrer Gesamtwirkung soll man von dem jungen Chirurgen verlangen. Wie weit man in dieser Ehrlichkeit dem Kranken gegenüber gehen soll, das muß jeder Chirurg mit sich selbst ausmachen. Das wichtigste scheint mir immer die Rücksichtnahme auf das menschliche Empfinden. Wahre Menschlichkeit soll das Tun des Chirurgen durchziehen.

Im allgemeinen darf man sagen, daß jeder Kranke das Recht darauf hat, von dem Chirurgen über die Art seines Leidens und über die Möglichkeit der Heilung aufgeklärt zu werden. Nach der Untersuchung soll man dem Kranken in ruhigen Worten auseinandersetzen, welcher Befund sich ergeben hat. Erscheint eine Operation notwendig, so müssen die Aussichten einer solchen dem Kranken eingehend dargelegt werden. So einfach diese Forderung theoretisch erscheint, so schwierig ist sie in der Praxis zu lösen. Der Grundsatz, dem Kranken Zuversicht und Hoffnung einzuflößen, läßt sich oft mit der Forderung der absoluten Aufrichtigkeit nicht vereinigen.

Bei akuten Fällen, bei denen die Verzögerung des Eingriffes unter Umständen Lebensgefahr bringt, hat man im allgemeinen keine Schwierigkeiten. Bei chronischen Erkrankungen hingegen, die an und für sich nicht lebensgefährlich sind, soll man sich genau überlegen, welche Auskunft man dem Kranken zu geben hat. Wenn man bei einer einfachen Hernie, bei einer Struma mit leichten Atembeschwer-

den, bei einem Magengeschwür dem Kranken die Art des Leidens klargelegt hat und ihm die Operation als das beste Heilmittel empfohlen hat, so folgt als erste Antwort die Frage: „Herr Doktor, ist der Eingriff gefährlich?"

Bei allen drei genannten Erkrankungen ist der Eingriff im allgemeinen ungefährlich. Aber bei jeder Operation kann sich eine tödliche Embolie, eine tödliche Pneumonie, eine Nachblutung einstellen. Soll man diese, wenn auch nur geringen Möglichkeiten, dem Kranken mitteilen? Eigentlich ja. Man wird natürlich nicht von den erwähnten Gefahren der Operation sprechen, man wird dem Kranken jedoch darlegen, daß aller Erfahrung nach die Operation gut ausgehen wird, daß aber alles menschliche und auch ärztliche Handeln an gewissen Unzulänglichkeiten leidet, und daß eine unbedingte Sicherheit für den Ausgang nicht übernommen werden kann. Die Persönlichkeit des Arztes muß in solchen Fällen dem Kranken die bestmögliche Sicherheit für einen guten Ausgang der Operation bieten.

Anders ist es bei den lebenbedrohenden chronischen Leiden, insbesondere bei dem Karzinom; hier überwiegt die Psyche schonende und beruhigende Zusprache alle andern Erwägungen. Der Krebskranke ist über die Art seines Leidens im unklaren zu halten, und es ist ihm eine gute Heilung, soweit die Chirurgie dazu imstande ist, in Aussicht zu stellen. Über diesen Punkt habe ich an anderer Stelle ausführlich gesprochen.

Es gehört ein großer Grad von Lebensklugheit dazu, um in jeder sich ergebenden Lage dem Kranken über die Diagnose und die Prognose offen und freimütig, aber doch mit größter Rücksicht auf sein

psychisches Empfinden die rechte Auskunft zu geben.

Jeder Chirurg, der das Unglück gehabt hat, selbst einmal krank gewesen zu sein, soll nur zurückdenken, wie er seinem behandelnden Arzt dankbar war, wenn er ihm mit aller Offenheit, aber doch mit freundlicher Zuversicht, die Art seiner Krankheit und ihre Aussichten dargelegt hat. Es gibt gewiß auch kräftiger besaitete chirurgische Psychen, die auch ein ungünstiges Wort ohne zu zucken und ohne sich zu erregen, hinnehmen. Die große Mehrzahl wird aber doch für eine schonende Auskunft von Herzen dankbar sein.

Man überlege sich nur, wie der Chirurg auch bei seiner täglichen Arbeit einer freundlichen Zusprache immer zugänglich ist. Wenn man sehr viele Assistenten an sich hat vorüber ziehen lassen, so beurteilt man dieselben nicht nur nach ihren wissenschaftlichen und technischen Leistungen, sondern auch nach ihrem persönlichen seelischen Komplex, den sie bei der Beurteilung schwerer Fälle, die dem Chef schlimme Gedanken verursachen, zeigen. An einer auswärtigen Klinik war ich wiederholt Zeuge, wie der sehr tüchtige Oberarzt täglich morgens vor den Chef hintrat und über das Ergehen der am Vortag Operierten kurz berichtete. Die günstigen Fälle kamen stets zuerst, und die ungünstigen zuletzt. „Dem Magen von gestern geht es sehr gut, dem Kropf ebenso, der Hüftresektion ausgezeichnet. Nur der Dickdarm-Karzinomkranke ist noch nicht ganz auf der Höhe.“ Der junge Kollege, der heute eine geachtete Stellung einnimmt, hat mir durch seinen Bericht immer großen Eindruck gemacht.

Ununterbrochen steigt die seelische Kurve des Chirurgen auf und ab. In bald kurzen, bald längeren

Zwischenräumen erhebt sie sich aus den Tiefen der schwersten Bedrückung zum höchsten Lustgefühl, um unvermittelt wieder in die Niederung der Sorgen und der Selbstanklagen hinabzusinken. Nur völlig gesunde und ausgeglichene Naturen „mit seelischer Ordnung und innerer Klarheit“ (*Fritz König*) können diesem, die inneren Kräfte gewaltig beanspruchenden Wechsel standhalten. Die Chirurgie verlangt von ihren Jüngern eine nicht ganz gewöhnliche Nervenkraft. Nicht minder groß sind die Anforderungen, die an die körperliche Widerstandskraft der Chirurgen gestellt werden. Die viele Stunden lang andauernde Arbeit im Stehen, oft in gebückter Haltung und in überheizten Räumen, bedeutet für jeden Chirurgen ein besonderes Maß von körperlicher Leistung. Wohl sind es keine übergroßen Anforderungen, die an eine besondere Muskelkraft des Chirurgen gestellt werden, sicher aber ist unser Beruf von vielen anderen geistigen Berufen durch die andauernde Beanspruchung der körperlichen Kräfte ausgezeichnet. Ein langer Operationsmorgen, der sich vielfach über die Mittagszeit hinauszieht, am Nachmittag Beratungen, schriftliche Arbeiten, Notfälle, die Nachtruhe vielfach gestört durch Vornahme dringlicher Eingriffe, alles zusammen ist wohl geeignet, ein Gefühl der Ermüdung hervorzurufen.

Die seelische und körperliche Beanspruchung des Chirurgen in ihrer gleichzeitigen Wirkung müssen, so sollte man meinen, die Gesundheit des Chirurgen frühzeitig verbrauchen. Zweifellos gibt es eine gewisse Zahl von Chirurgen, die unter dem Einfluß ihres Berufes an mannigfachen Beschwerden erkrankt sind. *Rehn* macht auf die bei älteren Chirurgen nicht seltenen Herzbeschwerden aufmerksam und weiter auf den Chirurgenmagen, der in der

Hauptsache auf nervöse Störungen im Sinne *v. Bergmanns* zurückzuführen ist und der nicht selten zu Magengeschwüren führt. Nach *Rehn* ist auch die Sterblichkeit unter den Chirurgen in den besten Jahren weit höher als in andern geistigen Berufen. Während die allgemeine Sterblichkeit ihren Höhepunkt zwischen dem 70. und 80. Lebensjahre erreicht, liegt der größte Grad der Sterblichkeit bei den Chirurgen zwischen dem 50. und 60. Unter den Todesursachen überwiegen die Störungen der Kreislauforgane.

Gegenüber diesen ungünstigen Zahlen gewährt es einen gewissen Trost, daß die hervorragendsten Vertreter unseres Faches oft ein hohes Alter erreicht haben. Die verstorbenen ersten Vorsitzenden unserer chirurgischen Gesellschaft sind durchschnittlich 71 Jahre alt geworden. Und wenn man, wie *Wilhelm Müller* launig ausführt, bei einer unserer großen Tagungen die Gestalten der Chirurgen mustert, so findet man durchweg sehnige, elastische, kraftvolle Männer, denen von einer Überanstrengung oder Übermüdung nichts anzusehen ist.

Die genannten statistischen Feststellungen sollten aber doch jeden Chirurgen anregen, mit seinen Kräften hauszuhalten und beizeiten für die nötige Erleichterung zu sorgen. Die Entspannung von den mannigfachen, Körper und Geist des Chirurgen in übermäßigem Grade beanspruchenden Leistungen des Berufes kann in verschiedener Weise versucht werden. Unbedingt zu verwerfen sind die Versuche derjenigen Kollegen, die durch übermäßige Dosen von R a u s c h - und B e t ä u b u n g s m i t t e l n sich eine Erleichterung in ihres Berufes Nöten verschafft haben. Der Chirurg muß rein aus Selbsterhaltungsgründen durchaus mäßig und nüchtern sein. Die Leichtigkeit,

mit der auch heute noch Rauschmittel zu erhalten sind, darf ihn nicht verführen, auch nur ausnahmsweise, ein narkotisches Mittel zu sich zu nehmen.

Die einzige richtige Ablenkung von des Berufes Lasten bietet die Betätigung in den schönen Künsten und im Sport.

Wer eine musikalische Begabung hat, soll dieselbe, so oft er nur kann, ausüben. Von vielen Großen unserer Kunst wissen wir, wie ihnen die Beschäftigung mit der Musik wunderbare Erholung und Kräftigung zu neuem Schaffen gebracht hat. Ich habe immer die Kollegen beneidet, die mir erzählt haben, wie sie beim Musizieren in kürzester Zeit alle Bedrückungen ihres Berufes vergessen können.

In gleicher Weise anzustreben ist die sportliche Betätigung in jeder Art. *Madlener* hat das in vortrefflicher Weise ausgeführt. Für die Jüngeren Höchstleistung, von einem gewissen Alter an ausschließlich Dauerleistung. Auch demjenigen, der nicht sportlich ausgebildet ist, bietet sich im Wandern, im Schwimmen, im Rudern, im Segeln, im Tennis, im Golfspielen, im Radfahren, im Autofahren, im Skilaufen und nicht zuletzt im Jagen eine ausgezeichnete Ablenkung.

Kein Chirurg soll versäumen, in dieser Weise die angestrengten Nerven- und Körperkräfte auszugleichen und sich neuen Mut und frische Kraft für des Berufes strenge Forderungen zu verschaffen.

„Da ist etwas passiert.“

Eine 40jährige Frau mit großer intrathorazischer suffokatorischer Struma wird mit gutem Erfolg operiert. Wegen bedrohlicher Herzschwäche müssen am Tage nach der Operation eine Reihe von Cardiazoleinspritzungen ge-

macht werden. Von den im ganzen 12 Injektionsstellen bleiben 11 vollkommen reizlos. An der 12. Stelle entwickelt sich ein großer Abszeß, der nach einigen Tagen eine Inzision notwendig macht. Der Mann erzählt sehr aufgeregt seinen Bekannten von diesem Zwischenfall und fügt seiner Erzählung tadelnd hinzu: „Da ist etwas passiert.“

Ein 50jähriger Mann wird wegen einer Leistenhernie, die wiederholt zu Einklemmungen geführt hatte, operiert. Er bekommt im Anschluß an die Operation eine Pneumonie, die trotz aller Vorsichtsmaßregeln zum Tode führt. Größte Aufregung im Kreise seiner Freunde und Bekannten. Erregte Unterhaltungen an den verschiedenen Orten: „Da ist gewiß etwas passiert.“

Ein 40jähriger Kranker wird wegen eines großen appendizitischen Abszesses operiert. Verlauf anfangs günstig. Nach 20 Tagen bekommt er, als seine Schwester gerade bei ihm zu Besuch weilt und sich mit ihm unterhält, eine Lungenembolie und ist in einigen Sekunden tot. Der telephonisch herbeigeholte Bruder kommt in größter Erregung ins Krankenhaus und sagt zu dem Arzte, der ihm von dem traurigen Zwischenfall Nachricht gibt: „Da machen Sie mir doch nichts weis, da ist gewiß etwas passiert.“ Und als seine Schwester ihm mitteilt, daß sie selbst dabei gewesen sei, wie den Bruder plötzlich der Herzschlag getroffen hätte, sagte er: „Wenn Du nicht dabei gewesen wärest, würde ich es mir nicht nehmen lassen, daß da etwas passiert ist.“

Ein 40jähriger Herr wird von einem namhaften Chirurgen wegen Krampfadern operiert. Die Wunde heilt sehr gut, der Kranke wird nach 14 Tagen geheilt entlassen. Nach 4 Wochen bekommt er in der Umgebung der Narbe unter Fiebererscheinungen eine erysipelatöse Rötung, die nach einem Tage wieder verschwunden ist. Diese erysipelatösen Anfälle wiederholen sich von da ab etwa alle 4 Wochen. Die Schwester des Kranken, eine sehr kluge Frau, erzählt in Bekanntenkreisen: „Da ist sicher etwas passiert.“

Was ist denn da passiert? Was soll mit der Bemerkung „es ist etwas passiert“ gesagt sein? Als ich im ersten Anfang meiner Privatkliniktätigkeit stand, hatte ich das Unglück, einen Kranken nach einer Darmverschlußoperation zu verlieren. Ein Bekannter von mir, der gerade dazukam, wie die Leiche aus der Anstalt gefahren wurde, fragte mich mit eigentümlichem Gesichtsausdruck: „Ist da etwas passiert?“

Es ist schwer, alles das, was in diesem kurzen Satz „da ist etwas passiert" ausgedrückt sein soll, zu erklären. Was ist das „es"? Ist es das Schicksalmäßige, das Unabwendbare, das furchtbare Unbekannte, das über jeden Menschen jederzeit hereinbrechen kann? Kaum. Der moderne Mensch sucht für alles, was sich ereignet, einen Grund, ein Geschehen, das fernab von dem natürlichen Ablauf der Dinge liegt. Insbesondere glaubt er, daß alles, was das Leben und die Gesundheit bedroht und schädigt, eine Ursache haben müsse, die außerhalb des betreffenden Organismus sich befindet. Krankheit und Tod gehören nicht zum Leben. Für ihre Entstehung muß sich immer ein Ereignis ausfindig machen lassen, das den Körper aus seiner Ordnung gebracht hat. Die Ärzte sind dazu da, diese Schädigungen zu beseitigen. Haben sie dabei Mißerfolg, so haben sie irgend etwas übersehen oder verfehlt. Alle unglücklichen Zufälle, die sich bei der Krankenbehandlung ereignen, liegen fernab von den Gesetzen des Schicksals und des Krankheitsverlaufes.

Der Aufschwung der Chirurgie hat zu einer, man kann wohl sagen, unheimlichen Zunahme der operativen Tätigkeit geführt. Das Publikum hat sich mehr und mehr gewöhnt, für viele Krankheiten die Notwendigkeit eines operativen Eingriffes gelassen hinzunehmen. So sehr es sich in diese Notwendigkeit gefunden hat, so ist ihm doch ein heimlicher Widerwille gegen dieses Sichfügenmüssen zurückgeblieben, und dieser Widerwille überträgt sich naturgemäß auf diejenigen, die die Werkzeuge des wissenschaftlichen Fortschrittes sind, auf die chirurgisch tätigen Ärzte. Diese schlummernde Abneigung gegen die chirurgische Behandlung macht sich immer da Luft, wo es der Chirurgie nicht ge-

lungen ist, ein Leben zu erhalten, oder wo es sogar sich ereignet hat, daß der chirurgische Eingriff als solcher den ungünstigen Ausgang herbeigeführt hat. Die Erfolge der Chirurgie erscheinen heute dem Publikum durchaus selbstverständlich. Überall da aber, wo ein Mißerfolg zu buchen ist, wird dieser Mißerfolg dem chirurgischen Eingriff oder besser noch dem Chirurgen selbst ins Schuldbuch geschrieben. Die Menschheit kann sich in solchen Lagen nicht dazu aufraffen, einzusehen, daß in den meisten Fällen ein unglücklicher Zufall oder ein außerhalb der Berechnung liegendes Ereignis die Schuld an dem ungünstigen Verlaufe trägt. Sie verlangt von der Chirurgie, daß unbedingt eine Sicherheit für den günstigen Ausgang geboten wird, und sie ist im höchsten Grade entrüstet, wenn diese Sicherheit einmal ausbleibt.

Nicht die Krankheit (durchgebrochenes Magengeschwür, eingeklemmter Bruch, zu spät zur Behandlung gekommene Blinddarmentzündung) hat den unglücklichen Zufall herbeigeführt, sondern der Eingriff, der von dem Chirurgen in der sicheren Überzeugung unternommen worden war, daß nur damit das Leben erhalten werden könne, und nach dessen Beendigung tagelang unter schwersten Sorgen, Nöten und Bedrückungen immer von neuem versucht worden war, das enteilende Leben zurückzuhalten. Was weiß denn die Menschheit von diesen seelischen Erregungen, die bei einem schweren Krankheitsfalle jeden mit einem einigermaßen empfindsamen Gewissen ausgestatteten Chirurgen befallen! Die vom Arzte in bester Absicht vorgenommene Leistung wird als die Ursache des Unglücks angesehen, an die Schwere der Erkrankung wird nicht gedacht.

Wenn bei einer Pneumonie trotz Eisbeutels die Schmerzen nicht verschwinden, so ist es nicht die Krankheit, die den Schmerz verursacht hat, sondern das vom Arzt verordnete Mittel. „Herr Doktor, Ihr Eisbeutel hat mein Leiden direkt verschlimmert“. Wenn man als Arzt gezwungen ist, die Todesanzeigen unserer Tageszeitungen regelmäßig zu lesen, so ist man immer erschüttert, wie oft mitgeteilt wird, daß der Herr so und so an den Folgen einer Operation gestorben ist. Wenn man der Sache genauer nachgeht, um festzustellen, was für Krankheiten es waren, die nach der Operation eine tödliche Wendung genommen haben, so war es in dem einen Falle ein Darmverschluß mit Brand des Dünndarms; im anderen Falle war es eine destruktive Appendizitis; in einem dritten Falle eine Magenresektion wegen Karzinom; in einem vierten eine Lungenentzündung nach Brucheinklemmung bei einem 70 jährigen Mann.

Der kundige Arzt weiß genau, daß in allen diesen Fällen eine andere Hilfe als die Operation nicht möglich war, und daß der Chirurg, der nach reiflicher Überlegung zum Messer gegriffen hat, nur seine Gewissenspflicht erfüllt hat. Aber im Publikum, das mit den Einzelheiten nicht vertraut ist, raunt man sich zu: „Da ist gewiß etwas passiert.“

Erfreulicherweise gibt es auch Ausnahmen. Vor einem Jahre operierte ich einen bekannten Herrn an einem Leistenbruch, der ihm schon lange Jahre Beschwerden gemacht hatte. Der Herr bekam nach der Operation eine eitrige Bauchfellentzündung und ging an dieser Bauchfellentzündung nach einigen Tagen zugrunde: ein sicherlich für alle Beteiligten erschütternder Ausgang. Am nächsten Tage stand in der Zeitung eine Anzeige der Firma, welcher der Betreffende angehört hatte, daß der Herr X. an den Folgen einer Operation gestorben sei.

Mittlerweile hatte die Sektion das unglückliche Ereignis aufgeklärt. Der betreffende Kranke hatte schon längere Zeit einen Milzabszeß mit sich herumgetragen. Dieser Milzabszeß war am Tage nach der Bruchoperation in die Bauchhöhle durchgebrochen und hatte die tödliche Bauchfellentzündung veranlaßt. Die Operationswunde fand sich vollkommen reizlos. Der Milzabszeß war mit unseren Hilfsmitteln nicht zu erkennen gewesen.

Die Witwe, die an sich selbst den Segen der Chirurgie einige Jahre vorher erfahren hatte und genau wußte, daß derartige Zufälle nicht dem Arzte zur Schuld gegeben werden dürfen, war über diese Anzeige sehr entrüstet und veranlaßte den Prediger, am Grabe darauf hinzuweisen, daß der Tod in keinerlei Zusammenhang mit der Operation gestanden habe. Eine seltene Ausnahme.

Zweifellos liegt es in der Einstellung der menschlichen Natur, alles Gute, das man erreicht, sich selbst und seiner großen Begabung zuzuschreiben und so auch zu glauben, daß der glückliche Ausgang einer Erkrankung nur dem eigenen Verdienst zu danken sei. Jeder Kranke ist am vergnügtesten dann, wenn man ihm sagt: „Ja, bei Ihnen heilt es gut, Sie haben ja ein wunderbar gutes Blut.“ „Ja, ja, Herr Doktor, bei mir heilt immer alles gut, bei mir eitert nie etwas.“ Man ist immer wieder erstaunt, wenn hin und wieder einer sagt: „Na, mein lieber Doktor, die Hauptsache haben doch Sie gemacht.“

Alles, was an Unglück und widrigem Schicksal den Menschen trifft, liegt dagegen außerhalb des Schuldbuches, alles Unglück im Beruf und vor allen Dingen, alle Mängel der Gesundheit. Daß die Krankheiten vom Schicksal dem Menschen ebenso gegeben sind, wie das Leben, will keiner einsehen. „Ich verstehe gar nicht, wie ich habe krank werden können, wo ich doch mein Leben lang, über 70 Jahre, gesund gewesen bin.“

Ebenso, wie der Mensch das Auftreten einer Krankheit für eine ungerechte Schicksalsfügung ansieht, so kann er auch nicht verstehen, daß diese Krankheit nicht sofort von dem dazu gerufenen Arzt beseitigt wird. Der Arzt muß eben schnell dasjenige Mittel bei der Hand haben, das sofort und sicher hilft!

Ein Kranker mit einem immer von neuem blutenden Magengeschwür war operiert worden. Nach der Operation größte Herzschwäche. Bald auftretendes Blutbrechen deutete auf eine Blutung aus der Resektionswunde. Relaparotomie am Nachmittag. Erfolgreiche Unterbindung der blutenden Stelle. Bluttransfusion. Regelmäßige Einspritzungen von Traubenzucker, Kampfer, Kohlensäureatmung. Chirurg und Assistent sind nahezu die ganze Nacht um den Kranken beschäftigt. Die ganze Anstalt ist auf diesen schweren Fall eingestellt. Die Schwester des Operierten, die die Nacht über sich in der Anstalt aufgehalten hatte und von der ununterbrochenen Tätigkeit der Ärzte und Schwestern wußte, frägt am anderen Morgen ganz naiv: „Kann man gar nichts tun, um meinen Bruder am Leben zu erhalten?“ Glücklicherweise wurde der Bruder, dank seiner guten Veranlagung und vielleicht auch dank der ärztlichen Bemühungen geheilt. Was würde aber im anderen Falle alles passiert sein?

Man soll gegenüber diesen Äußerungen der menschlichen Psyche nicht bitter werden. Man kann nur jedem Chirurgen den guten Rat geben, auch in solchen ernsten, die letzten Dinge berührenden Lagen, den Humor oder wie man es sonst nennen mag, nicht zu verlieren, wenn es auch schwer fällt. Der Mensch übersieht leider nur zu sehr, was der Arzt leistet, und bemerkt nur das, was er nicht leistet. Auch vergißt er schnell, was der Arzt vielleicht vor längerer Zeit geleistet hat.

Ein Kind von 8 Monaten erkrankt an schwerster Diphtherie. Als die Atemnot am höchsten gestiegen ist, erscheint noch zur richtigen Zeit der Chirurg und bewahrt das Kind durch Eröffnung der Luftröhre vor der tödlichen

Erstickung. In höchster Erregung können die Eltern sich vor Dankesworten nicht fassen und versichern dem Arzt wiederholt: „Nie werden wir Ihnen vergessen, daß Sie unser Kind vor dem sicheren Tode bewahrt haben."

18 Jahre später, als das Kind zu einer blühenden Jungfrau herangewachsen ist, besucht die Familie einen Ball. Die jungen Leute sind vergnügt, und vor allem fällt das Töchterchen durch seine Liebenswürdigkeit und Schönheit überall auf. Die Väter sitzen in einer Ecke beisammen und freuen sich des fröhlichen Treibens der Jugend. „Sie haben doch eine zu nette Tochter, mein lieber Herr X.! Wie das junge Mädchen überall durch seine Anmut und Schönheit auffällt, nur schade, daß sie eine kleine Narbe am Halse hat! Wie das nur gekommen sein mag!" „Ach", sagt der Vater, „da hat sie mal vor 18 Jahren einen kleinen Abszeß gehabt, der vom Arzt geschnitten werden mußte, natürlich ist sie damals ganz falsch behandelt worden."

In diesem „natürlich ganz falsch behandelt" liegt wohl eine teilweise Lösung des Rätsels, das uns in den vorliegenden Zeilen beschäftigt hat. Wenn „etwas passiert", so wird zwar nicht deutlich gesagt, aber jeder denkt sich dabei: „Dort ist von ärztlicher Seite etwas versäumt worden", und jeder hat eine kleine Befriedigung darin, zu der Meinung mitzuhelfen, daß die lieben und doch wieder unlieben Ärzte, die so sehr viel verstehen, und die man leider nicht entbehren kann, doch auch Menschen sind wie alle, und gelegentlich Fehler begehen. Diesen geschätzten und doch in gewissem Grade gehaßten Ärzten gelegentlich etwas anzuhängen, bereitet jedem, wenn auch nicht eingestandenermaßen, eine gewisse Befriedigung. Er sagt es nicht offen, aber er läßt etwas passieren und der Kundige weiß, was damit gemeint ist.

Und wozu soll uns die Erörterung dieser Dinge dienen? Soll sie nur Erlebnisse aufdecken, die jeder Arzt, man kann sagen, alltäglich in seiner Praxis machen kann, oder soll sie uns Mittel an die Hand

geben, um einer derartigen falschen Beurteilung der ärztlichen Tätigkeit vorzubeugen? Hat die Einstellung der Menschheit gegenüber der ärztlichen Leistung sich geändert? Das unbedingte Vertrauen in die ärztliche Kunst ist leider im Abnehmen. Wir älteren Ärzte wissen aus unserer Jugend, daß in unseren väterlichen Häusern unserem Doktor unbedingtes Vertrauen entgegengebracht wurde. Dem Manne, der oft noch spät abends von seiner beschwerlichen Praxis ins Haus kam, um nach einem Familienmitglied zu sehen, wurde restlos geglaubt; was der sagte, war Evangelium, und konnte er nicht helfen, so fügte man sich ohne Murren in das Unabänderliche. Die Welt ist fortgeschritten, die Chirurgie hat uns gelehrt, daß wir viele dem sicheren Tode entreißen können, die früher unbedingt verloren waren. Leider sind dabei auch viele verunglückt, die vielleicht sonst ein längeres Leben gehabt hätten. Das sieht die Menschheit. So sehr sie Respekt bekommt vor den Großtaten der Chirurgie, so sehr ist sie geneigt, das Unvollkommene in das ihm gebührende Licht zu setzen, und so ist zu der Bewunderung auf der einen Seite, die Verdammung auf der anderen Seite gekommen. Die Verbilligung und Verschleuderung der ärztlichen Leistung haben dabei mitgeholfen.

Wir müssen mit diesen Tatsachen rechnen. Der gewissenhafte Arzt, der sich seines richtigen Handelns bewußt ist, wird wohl dadurch bekümmert sein, er wird sich aber in seinem Vorwärtsstreben nicht beeinflussen lassen. So sehr es Energie und Selbstbeherrschung kostet, den Fehlschlägen gegenüber die sichere Haltung zu bewahren, so wird er immer von neuem dasjenige versuchen, was ihm die Erfahrung und die Lehren der Kunst als wertvolle Errungenschaften zugebracht haben.

Über ärztliche Haftpflicht.

Höchste Achtung vor den Erfolgen der ärztlichen Kunst auf der einen Seite — schnellste Verurteilung eines ärztlichen Mißerfolges auf der andern Seite! Im Nebeneinanderwirken dieser beiden Umstände muß wohl die Hauptursache für die zunehmende Häufigkeit der ärztlichen Haftpflichtklagen gesucht werden. Bei der psychologischen Erklärung muß man aber noch einige andere Erscheinungen, die auch zum größten Teil ein Produkt unserer Zeit sind, berücksichtigen.

Es entspricht der Art des menschlichen Denkens, daß man sowohl bei der Entstehung einer Erkrankung, wie auch bei der Verschlimmerung oder ungünstigen Wendung eines Leidens in erster Linie zu ermitteln sucht, welche Umstände die Erkrankung oder die Verschlimmerung desselben herbeigeführt haben. Bekommt man einen Schnupfen oder einen Magenkatarrh oder einen Furunkel, so ist neben dem Verdruß über die dadurch bedingte Gesundheits- und Berufsschädigung der erste Gedanke, wie komme ich nur zu dieser Störung. Erkältung, Diätfehler, Überanstrengung werden mit Vorliebe angeschuldigt.

Bei Verletzungen macht im allgemeinen die Feststellung der Ursache keine Schwierigkeiten. In unserem Zeitalter, wo man überall gern geneigt ist, Verletzungen auf das schuldhafte Verhalten irgendeines Menschen zurückzuführen, begnügt man sich nicht, die Art des Sturzes, die Art des Stoßes festzustellen, sondern man sucht immer zu erfahren, wer denn nun den Sturz oder den Stoß verschuldet hat.

Wenn ich von einem Auto oder von einem Radler überfahren werde, wenn ich auf der Eisenbahn einen

Zusammenstoß erleide, wenn ich in einem Aufzug verunglücke, so ist der Schuldige im allgemeinen leicht zu ermitteln. Mehr und mehr wird auch der gewöhnliche Sturz auf der Straße oder in einem Hausgang oder auf einem Turnplatz oder in einem Schwimmbad auf das schuldhafte Verhalten des betreffenden Hausbesitzers, Turnspielleiters, Schwimmbadaufsehers zurückgeführt. Der Hausbesitzer hat versäumt, bei Glatteis Salz streuen zu lassen, oder er hat das Dach nicht entsprechend in Ordnung gehalten. Der Turnspielleiter hat einen im Weg liegenden Stein nicht wegräumen lassen. Der Schwimmbadaufseher hat auf einen aus dem Wasser ragenden Pfahl nicht deutlich genug aufmerksam gemacht. Daß in gleicher Weise auch mancherlei Erkrankungen, Erkältungen, Magen- und Darmverstimmungen auf die Unterlassung von bestimmten Vorsichtsmaßnahmen zurückgeführt werden, erleben wir alltäglich.

Bei dieser haftpflichtsüchtigen Einstellung unserer Zeit ist es zu natürlich, daß auch der Arzt häufig entweder für die Entstehung einer Krankheit oder für deren ungünstigen Ausgang verantwortlich gemacht wird.

Die Beschuldigung des Arztes als Krankheitserreger oder Krankheitsverschlimmerer ist ein Erzeugnis unserer Zeit; vor 100 Jahren, als sich die Medizin im allgemeinen darauf beschränkte, die Diät zu regeln, Rezepte zu schreiben und unschuldige Anwendungen anzuordnen, hat nur selten jemand in dieser ärztlichen Tätigkeit die Ursache für eine Verschlimmerung gesucht und gar wegen dieser Tätigkeit einen Haftpflichtprozeß angestrengt. Wie die Haftpflicht überhaupt, so hat auch die Haftpflicht des Arztes erst jetzt, in unserem Zeitalter der Technik, zu häufigen Gerichtsverhandlungen geführt.

Der gewaltige Fortschritt der Naturwissenschaften hat auch die Medizin so sehr beeinflußt, daß die Technik überall die frühere einfache Behandlung überwuchert hat. Eine einfache diätetische oder medikamentöse Verordnung genügt heute vielen Kranken nicht mehr.

Es muß eine Strahlenbehandlung, eine Einspritzung daneben einhergehen. Alle diese neuen Hilfsmittel sind solange recht, wie sie einen Erfolg haben, d. h. eine günstige Beeinflussung der Krankheit herbeizuführen imstande sind. Bleibt der Erfolg aus, oder kommt es gar zu einer Verschlimmerung, so muß eben dieses sonst gepriesene Mittel die Ursache der Verschlimmerung sein.

Auch bei den einfachsten Heilmitteln muß man häufig hören, daß die Behandlung ganz falsch gewesen ist.

Heute ist es — glücklicherweise? — mit dieser einfachen Behandlungsart vorbei. Will man auf den Namen eines modernen Arztes Anspruch machen, so kann man die Behandlung nicht umständlich genug gestalten. Wie oft werden auch bei verhältnismäßig einfachen Fällen Einspritzungen, Bestrahlungen der mannigfachsten Art, Kauterisationen der verschiedenen Schleimhäute angewandt. Hat eine solche Behandlung eine unerwartete Folge, kommt es nach einer Einspritzung zu einer Phlebitis, nach einer Bestrahlung zu einem Furunkel im Bereich des Bestrahlungsgebietes, nach einer Kauterisation zu einer Blutung, so ist es zu natürlich, daß der Kranke die angewandte Behandlung als die Ursache des Zwischenfalles ansieht und in der Regel ein schuldhaftes Verhalten des betreffenden Arztes annimmt. Von den in der Natur der Krankheit liegenden Kompli-

kationen bei größeren Operationen wollen wir hier zunächst gar nicht sprechen.

Bedenken wir weiter, in welch hochgradiger Weise unser diagnostischer Apparat verfeinert und kompliziert worden ist, wie oft hämatologische und serologische, endoskopische und röntgenologische Untersuchungen erforderlich sind, so können wir verstehen, wie häufig auch in der gewöhnlichen ärztlichen Praxis ein Übelwollender Gelegenheit findet, irgendeinen Behandlungszufall auf ein Versehen des betreffenden Arztes zurückzuführen.

Die mangelhafte Heilung von leichten Verletzungen der äußeren Teile oder von unbedeutenden äußeren Eiterungen wird dem Arzte nicht selten zum Vorwurfe gemacht. Erst kürzlich bekam ich Mitteilung von einer Sepsis, die sich an einen ganz unbedeutenden Furunkel im Nacken angeschlossen hatte. Die Sepsis wurde auf ein Verschulden des Arztes, der nicht sofort einen Einschnitt vorgenommen hatte, zurückgeführt. Neben dieser einen Haftpflichtklage einher lief eine zweite, in welcher der Friseur, der dem Patienten die Haare geschnitten hatte, der Unsauberkeit beschuldigt und für das Entstehen des Furunkels verantwortlich gemacht wurde.

Wie oft müssen wir von Haftpflichtklagen hören, die sich an die Behandlung von Fingerverletzungen und Fingereiterungen anschließen. Wenn es nach einer solchen Erkrankung zur Abstoßung einer Sehne oder eines Knochenstückchens kommt, so wird die Ursache dafür nicht selten in einem Fehler der ärztlichen Behandlung gesucht. Was wird dem Arzte in einem solchen Falle nicht alles vorgeworfen: ungenügender Einschnitt, zu früher Einschnitt, Versäumnis der Temperaturmessung, Versäumnis einer Ruhig-

stellung des Armes, Unterlassung der Urinuntersuchung!

Wenn man von derartigen Fällen hört und erfährt, wie geschickte Rechtsanwälte einen Kunstfehler des Arztes festzulegen geneigt sind, so kann man nur dringend mahnen, bei jeder, auch der leichtesten Verletzung daran zu denken, daß eine Infektion immer möglich ist und bei jedem Zeichen einer Infektion sofort die entsprechenden Maßregeln zu ergreifen.

Die einer Haftpflichtklage zugrunde gelegten Kunstfehler teilen sich somit naturgemäß in Fälle diagnostischer und in Fälle technischer Art.

Die diagnostischen Fehler, welche eine Haftpflichtklage gegen einen Arzt veranlaßt haben, haben meistens akute Erkrankungen oder Verletzungen betroffen. Ist eine Infektionskrankheit (Diphtherie, Scharlach) von dem Arzte nicht erkannt worden, und hat sich aus der Versäumnis der Isolierung des betreffenden Kindes die Infektion anderer Kinder ergeben, so kann für den so herbeigeführten Schaden der Arzt haftbar gemacht werden. Auch die Unterlassung einer Serumeinspritzung bei einem verkannten Diphtheriefall kann verhängnisvoll werden. Im Engadin erkrankten 5 Kinder an Diphtherie, die von dem zuerst hinzugezogenen Arzt als harmlose Angina angesehen und nicht mit Heilserum behandelt wurde. Erst später wurde von einem andern Arzt Diphtherie festgestellt. Zwei Kinder starben. Das Gericht nahm ein Verschulden des zuerst hinzugezogenen Arztes an und verurteilte ihn zu einer hohen Geldstrafe.

Von anderen akuten Erkrankungen sei die akute Appendizitis genannt. Mir sind 2 Fälle bekannt geworden, in denen die Diagnose einer destruktiven

Appendizitis mehrere Tage verfehlt worden war. In beiden Fällen verlangte der Vater des erkrankten Kindes einen Ersatz der Behandlungskosten von dem Arzt, der die richtige Diagnose verfehlt hatte.

Das Übersehen einer Luxation oder eines Knochenbruches kann in gleicher Weise einen Haftpflichtprozeß nach sich ziehen. In den Unfallakten der Schweizer Ärzteverbindung wird von zwei derartigen Fällen berichtet; einmal war eine Humerusluxation und einmal eine Humerusfraktur nicht erkannt worden. Beide Male wurden die behandelnden Ärzte eines Kunstfehlers schuldig erkannt und zu hohen Geldstrafen verurteilt.

Bei chronischen Erkrankungen scheinen diagnostische Fehler nicht so leicht zur Haftpflichtklage zu führen.

Wenn man bedenkt, wie häufig die Diagnose eines Magen- und Darmkarzinoms versäumt wird, wie häufig eine beginnende Lungentuberkulose nicht erkannt wird, wie häufig die Diagnose eines Hirntumors verfehlt wird, so muß man eigentlich staunen, daß auf Grund dieser ärztlichen Fehldiagnosen nicht häufiger eine Beschuldigung des betreffenden Arztes erfolgt. Aus den gerichtlichen Haftpflichtakten ist mir nur ein Fall bekannt, in dem ein Arzt die Diagnose eines beginnenden Peniskarzinoms verfehlte und dasselbe lange Zeit als luetisch behandelte. Er wurde zu einer ziemlich hohen Geldstrafe verurteilt. Wollte man bei uns alle Fehldiagnosen von Mastdarmkarzinom gerichtlich verfolgen, so würde eine gar nicht abzusehende Steigerung der Haftpflichtklagen eintreten.

Der größte Teil der Haftpflichtklagen wird sich immer auf wirkliche oder angebliche Behandlungs-

fehler beziehen. Nach einer alten Einteilung des Katechismus kennen wir Unterlassungsfehler und Tatfehler. (Glücklicherweise ist es zu einer Haftpflichtklage wegen „Gedankensünden" noch nicht gekommen!)

Der Vorwurf eines Unterlassungsfehlers (Versäumnisfehlers) kann schon bei den einfachsten ärztlichen Handlungen zustande kommen. Welcher Arzt hat nicht schon erlebt, daß tadelnd festgestellt wurde: „Da hätte natürlich ein Eisbeutel aufgelegt werden müssen!"

Das Großartigste auf diesem Gebiet hat *Bircher* erlebt. Bei einer schweren puerperalen Sepsis waren Wochen hindurch alle in Betracht kommenden Behandlungsmethoden (unter größter Hingabe aller Beteiligten), unter anderem auch Kauterisation nach *Bier*, zweimalige Eröffnung eines Lungenabszesses, versucht worden; leider ohne Erfolg. Als eine der Ursachen des tödlichen Ausganges wurde von den Angehörigen der Umstand bezeichnet, daß die Pflegeschwester der Kranken die Milch einmal etwas zu spät und etwas zu kalt gegeben und dadurch die Kranke aufgeregt hatte.

Diätfehler werden auch vielfach als Ursache irgendwelcher Verschlimmerung erklärt. Wenn ein Patient mit Magengeschwür, der sich schon in ärztlicher Behandlung befindet, eine Blutung oder eine Perforation bekommt, so kann man sicher sein, daß das Übersehen irgend einer diätetischen Maßnahme als die Ursache dieses Zwischenfalles erklärt wird.

Haftpflichtklagen sind meines Wissens wegen solcher angeblicher Unterlassungsfehler, deren Bedeutungslosigkeit jedem Einsichtigen sofort klar ist, noch nicht angestrengt worden.

Es dürfte schwierig sein, alle Möglichkeiten von Haftpflichtklagen aufzuzählen; der Praktiker muß damit rechnen, daß ihm bei jeder ärztlichen Leistung etwas unterlaufen kann, was später die Annahme eines Kunstfehlers hervorruft. Wir müssen uns damit begnügen, auf Grund der eigenen Erfahrung und auf Grund der Veröffentlichungen in der Literatur das Wesentlichste hier aufzuführen.

Die erste Haftpflichtklage, die mir zuging, betraf die Entstehung einer Ventralhernie nach einer schweren Appendizitis. Der betreffende 60jährige Kranke war durch die Operation glücklich geheilt worden, hatte aber leider infolge der langdauernden Eiterung einen Bauchbruch zurückbehalten. Die Entstehung des Bauchbruches wurde mir zum Vorwurf gemacht, weil ich den Patienten zu früh hätte aufstehen lassen und ihm nicht eine richtige Gummileibbinde verordnet hätte. Die Klage wurde abgewiesen.

Sehr oft führt zum Haftpflichtprozeß das Übersehen einer Nervenschädigung oder einer Sehnenverletzung bei einer anscheinend leichten Extremitätenwunde. Erst kürzlich war bei mir eine Patientin, die infolge eines Messerstiches eine Verletzung des Nervus medianus auf der Beugeseite des Handgelenks erlitten hatte, und bei der der Arzt die Verletzung nicht erkannt hatte. „Das hätte der Arzt doch wissen müssen, daß an der Stelle der Nerv getroffen werden kann." Stichverletzungen der Axillarnerven sind oft übersehen worden und haben vielfach zu Haftpflichtprozessen geführt. Ebenso geht es mit Sehnenverletzungen an Hand und Fingern. Jede kleine Stichverletzung im Bereich der oberen Extremitäten soll sorgfältig darauf untersucht werden, ob es nicht im Bereiche des Gliedes zu einer Sehnen- oder Nervenschädigung gekommen ist.

Die Unterlassung einer Röntgenaufnahme bei Verletzungen kann dem Arzte leicht zum Vorwurf gemacht werden und eine Haftpflichtklage nach sich ziehen. Wenn es infolge dieser Versäumnis unterblieben ist, eine vorhandene Verschiebung der Bruchenden einzurichten, so ist es schwierig, die Unterlassung der Röntgenaufnahme zu entschuldigen. Eine Verurteilung des betreffenden Kollegen kann leicht erfolgen. Man kann nur allen Ärzten angelegentlich raten, in ihrem eigenen Interesse bei jedem nur einigermaßen verdächtigen Falle von Verletzung ein Röntgenbild anfertigen zu lassen.

Daß es auch einmal umgekehrt gehen kann, beweist eine Mitteilung von *Bircher*: schwere Motorradschädelverletzung; Röntgenaufnahme, Tod auf dem Röntgentisch. Von den Angehörigen wurde beanstandet, daß der Kranke zunächst auf den Röntgentisch gebracht worden war und nicht gleich operiert wurde.

Wiederholte Erörterungen sind in der Fachpresse darüber entstanden, ob die Unterlassung einer Tetanusserumeinspritzung bei einer leichten Verletzung als Kunstfehler zu betrachten sei. Die Ansichten darüber sind nicht ganz gleichlautend. Die Mehrzahl der Chirurgen steht auf dem Standpunkt, daß es notwendig ist, bei jeder verdächtigen Verletzung die Serumeinspritzung vorzunehmen. Zu den verdächtigen (tetanusgefährdeten) Verletzungen gehören nach *Reschke* alle Schußwunden, auch solche mit Platzpatronen und Patronenteilen, alle mit Straßenstaub und Erde beschmutzten Wunden, die Wunden, die Kleiderfetzen, Splitter und sonstige Fremdkörper enthalten, alle Bißwunden,

Fremdkörperverletzungen unter dem Nagel, alle Wunden an den Füßen von Barfußgängern, alle Wunden, die mit Darminhalt (bei Operationen!) in Berührung gekommen sind. In Greifswald mit der großen landwirtschaftlichen Umgebung werden alle Quetsch- und Stichverletzungen mit Tetanusantitoxin behandelt.

Man kann allen Kollegen nur raten, diese Vorschrift zu befolgen. Die Ausschneidung der Wunden, d. h. die mechanische Antisepsis, ist gewiß ausgezeichnet. In einem Tetanusfalle würde sie aber sicherlich nicht als ausreichend anerkannt werden.

Durch eine kleine Veröffentlichung, die ich vor einigen Jahren in der M. m. W. gemacht habe, haben sich eine Reihe von Kollegen veranlaßt gesehen, über Tetanusfälle mit nachfolgender Haftpflichtklage zu berichten. Es handelte sich in allen Fällen um ganz harmlose Verletzungen, an die sich Tetanus angeschlossen hatte. Wer seiner Sache sicher sein will, soll auch bei harmlosen Verletzungen Tetanusserum spritzen. Ich gebe vollkommen zu, daß man unter Umständen bei einem etwas rauflustigen Knaben sehr oft in die Lage kommen wird, Tetanusserum einzuspritzen. Ich gebe ferner zu, daß der Arzt in seiner eigenen Familie bei den häufigen Verletzungen wilder Buben nicht immer Tetanusserumeinspritzungen machen kann. Wenn er aber in der Praxis zugezogen wird, so soll unbedingt Tetanusserum eingespritzt werden.

Die Unterlassung von lebensrettenden Eingriffen bei schweren Erkrankungen hat verhältnismäßig selten zu Haftpflichtklagen geführt. Wenn man bedenkt, wie häufig die zeitige Operation

einer Appendizitis, einer Magenperforation, einer stumpfen Darmverletzung, einer aufgebrochenen Tubenschwangerschaft versäumt wird, so ist man eigentlich erstaunt, daß diese Versäumnisse nicht häufiger zum Gegenstand einer Haftpflichtklage gemacht werden. Das Schicksal, das bei einer solchen schweren Erkrankung über den betreffenden Menschen hereinbricht, macht allen Beteiligten in der Regel einen solchen Eindruck, daß sie die Versäumnis des sofortigen Eingriffes nicht allzu hoch bewerten. Ganz anders ist es, wenn der in einem solchen Falle für notwendig erachtete Eingriff ungünstig ausgeht. Dann entsteht leicht der Verdacht, daß bei der Operation ein Fehler begangen sei. Ein Operationsfehler wird immer weit eher angenommen als ein Diagnosefehler, und das berüchtigte „da ist etwas passiert" trifft gewöhnlich den Chirurgen und nicht den Praktiker, der die Erkrankung nicht zeitig erkannt hat.

Die zu einer Haftpflichtklage führenden Behandlungsfehler können die einfachsten und die schwierigsten Maßnahmen und Eingriffe betreffen.

Die mangelhafte Reinigung der Hände oder die unvollkommene Desinfektion vor einem chirurgischen Eingriff hat schon wiederholt zu schweren Vorwürfen gegen Ärzte geführt. Erst kürzlich wurde mir berichtet, daß ein Kollege deswegen haftpflichtig und straffällig gemacht werden solle, weil er vor der Behandlung einer Brandwunde es versäumt habe, sich die Hände zu waschen. Das betreffende verbrannte Kind hatte nach der Verbrennung einen Wundscharlach bekommen und war an diesem Wundscharlach gestorben.

In einem anderen Falle wurde von dem Kranken angegeben, daß vom behandelnden Arzte bei der Versorgung eines Furunkels die Umgebung des Furunkels mit einem Benzintupfer abgewaschen worden sei, und daß dann der Benzintupfer auf die Wunde aufgedrückt worden sei. Wie in beiden Fällen die Klage ausging, ist mir nicht bekannt geworden. Man soll aber solche Erfahrungen ja im Kopf behalten. Mir sind diese beiden Fälle immer eine willkommene Veranlassung, um meine Assistenten auf die Notwendigkeit des Händewaschens vor jedem Eingriff und auf die Wichtigkeit der einfachsten aseptischen Maßnahmen hinzuweisen.

Fehler in der Asepsis werden zumal bei ganz harmlosen Eingriffen oft angeschuldigt. Wie häufig muß man hören, daß der nach einer subkutanen Einspritzung entstandene Abszeß durch mangelhafte Reinigung der Spritzen bedingt worden sei. Ein Kranker, der wegen einer schweren Herzschwäche eine große Zahl von Kampfereinspritzungen erhalten und nachträglich einen Abszeß bekommen hatte, machte die Klinik für diesen Abszeß haftpflichtig und wollte die Kosten für die ganze Nachbehandlung des Abszesses ersetzt haben.

Auch solche Erfahrungen nötigen zu größter Vorsicht. Man soll keine Spritze benützen, von der man nicht bestimmt weiß, daß sie tadellos nach den Regeln der Asepsis ausgekocht worden ist.

Zu den Vorwürfen wegen mangelhafter antiseptischer Maßnahmen gehört auch jener Fall von Haftpflichtklage, bei der der Arzt für den Tod eines Kranken, den er wegen einer schweren Appendizitis operiert hatte, deswegen verantwortlich gemacht wurde, weil er es unterlassen hatte, eine Drainage in die Wunde einzulegen. Neben den üblichen

Renten für die sämtlichen nicht versorgten Kinder des Verstorbenen wurde ein Ersatz der Leichenkosten, eine Entschädigung für die Kosten des Leichensteins, ein Ersatz für die Trauerkleider der sämtlichen Angehörigen und schließlich auch für das Leichenmahl (!) verlangt.

Mit der Möglichkeit, daß ein Narkoseschaden zur Haftpflicht führt, muß der Arzt immer rechnen. Die Narkoseschäden teilen sich in die nach der Allgemeinnarkose glücklicherweise nur selten eintretenden Todesfälle und in die nach der örtlichen Betäubung vorkommenden örtlichen Schädigungen (Nervenlähmung, Nekrose).

Bei den außerordentlich zahlreichen Methoden, die dem Arzte jetzt zur allgemeinen Betäubung und zur örtlichen Betäubung zur Verfügung stehen, ist es schwer, für jeden Fall das richtige Verfahren auszusuchen. In der Praxis dürfte wohl derjenige Arzt am besten beraten sein, der sich nur an die einfachsten Methoden hält, und diese einfachen Methoden sind einerseits die allgemeine Äthernarkose und andererseits die örtliche Novokain- oder Pantokainanästhesie. Beide Verfahren dürfen in der augenblicklichen Ausbildung im wesentlichen als vollkommen ungefährlich gelten. Die Äthernarkose führt höchstens einmal unter 10000 Fällen zu einem Todesfall, und bei solchen Todesfällen dürfte wohl immer eine besonders schwere Erkrankung, die die Veranlassung zur Operation gegeben hat, vorhanden sein. Und eine lege artis ausgeführte Lokalanästhesie mit Novokain oder neuerdings Pantokain hat meines Wissens noch nie zu einem tödlichen Ausgang geführt. Einschränkend ist nur hervorzuheben, daß die früher geübte

Paravertebralanästhesie bei der Kropfoperation und die auch heute noch geübte Plexusanästhesie nicht als ungefährliche Methoden bezeichnet werden dürfen.

Alle anderen allgemeinen Betäubungsmethoden, die Chloroformnarkose, der Avertinschlaf, der Skopolamindämmerschlaf, die Pernoktonnarkose, die Gasnarkosen, alle erfreuen sich trotz großer Anpreisungen nicht der Ungefährlichkeit, daß sie in der allgemeinen Praxis Verwendung finden sollten. Insbesondere soll der Praktiker sich ja hüten, heute noch von der Chloroformnarkose Gebrauch zu machen. Wenn heute ein Todesfall nach Chloroformnarkose zur gerichtlichen Verhandlung kommen sollte, so würde derjenige Sachverständige, der die Verwendung des Chloroforms als Unvorsichtigkeit bezeichnen würde, bei der Mehrzahl der Chirurgen kaum auf Widerspruch stoßen.

Von den örtlichen Methoden kann schon eher einmal ein Schaden zurückbleiben, der später die Veranlassung zu einem Haftpflichtprozeß abgeben wird. Sowohl nach der Lumbalanästhesie (im wesentlichen eine Lokalanästhesie) wie nach der gewöhnlichen Lokalanästhesie, sind Nervenlähmungen (Abduzens, Armnerven) beschrieben worden, die unter Umständen dem betreffenden Arzte eine Haftpflichtklage zubringen können. Im allgemeinen wird bei solchen Zufällen eine Schuld des Arztes nicht zu erweisen sein. Es handelt sich dabei um unvorhergesehene Ereignisse, denen eine Schuld nicht zugrunde liegt.

In neuerer Zeit ist nach der örtlichen Novokaineinspritzung dreimal eine örtliche Nekrose beobachtet worden, die in einem Falle sogar den tödlichen Ausgang herbeigeführt hat.

Da das Novokain nach allen Untersuchungen als durchaus ungefährlich anzusehen ist, so müssen in diesen Fällen schon ganz besondere Verhältnisse vorgelegen haben, die zur Zeit noch nicht klar erkannt sind; kann der Arzt beweisen, daß er die für die örtliche Betäubung geltenden Vorschriften genau erfüllt hat, so kann eine Haftpflicht nicht in Betracht kommen.

Das in letzter Zeit vielgenannte Anästhetikum Perkain hat zweifellos in den meisten Fällen ausgezeichneten Erfolg gebracht. Es sind aber auch Fälle beschrieben worden, bei denen die erwartete Anästhesie nicht eingetreten und bei denen es zu schweren Vergiftungserscheinungen gekommen ist.

Wer sicher gehen will, sehe von der Verwendung von Perkain ab. Nach *Neuenschwander* wird derjenige Arzt, welcher bei Verwendung von Perkain einen Unglücksfall erlebt, im Falle einer Gerichtsverhandlung kaum geschützt werden können.

Das Pantokain, das seit zwei Jahren zum Ersatz des Novokains eingeführt ist, scheint schädliche Nebenwirkungen nicht zu haben. Es kann daher zu örtlicher Betäubung in gleicher Weise wie das Novokain verwertet werden; es hat den Vorteil, daß es in sehr schwachen Lösungen verwendet werden kann, und daß die Anästhesie weit länger anhält.

Bei der Häufigkeit, bei der heutzutage von dem elektrischen Schnitt Gebrauch gemacht wird, soll man berücksichtigen, daß die explosiblen Narkosemittel durch das elektrische Messer zur Entflammung gebracht werden können. Zu diesen Mitteln gehören vor allen Dingen der Äther und das Chloräthyl. Es muß daher als ein Fehler betrachtet werden, wenn man eine Narkose mit einem dieser Mittel einleitet und in der Nähe des Mundes mit dem elektrischen

Diathermiemesser arbeitet. Man muß sich in der Weise helfen, daß man entweder Avertinnarkose anwendet oder mit aller Vorsicht Chloroform gibt und bei der Verwendung von Äther und Chloräthyl die Mittel erst gut verdunsten läßt. Soviel mir bekannt ist, ist bei der Verwendung des elektrischen Messers noch kein Unglücksfall mit Äther oder Chloräthyl vorgekommen. Bekannt geworden ist dagegen eine Chloräthylverbrennung, die dadurch entstanden war, daß der betreffende Arzt vor der Öffnung des Abszesses eine Vereisung mit Chloräthyl vorgenommen hatte. Trotzdem er einige Zeit gewartet hatte, entstand beim Herankommen mit dem elektrischen Brenner eine Explosion, die zu leichten Verbrennungen führte, und die dadurch, daß die aufgeregte Kranke vom Tisch heruntersprang, eine Oberschenkelfraktur verursachte. Wie der angestrengte Haftpflichtprozeß ausgegangen ist, ist mir nicht bekannt geworden.

Daß bei großen Operationen richtige technische Fehler gemacht worden sind, wird dem Operateur nur selten vorgeworfen, wohl aber erfolgen Haftpflichtklagen oft auf Grund gewisser bei der Operation eingetretener Ereignisse. Am häufigsten dürften wohl Chirurgen wegen Zurücklassens von Fremdkörpern in der Bauchhöhle oder in einem anderen Körperteil angeklagt worden sein. Wir wissen alle, daß das Zurücklassen von Tupfern, Mulltüchern, Pinzetten, Arterienklemmen nicht allzu selten vorkommt und oft zu schweren Komplikationen und manchmal sogar zum Tode der betreffenden Kranken geführt hat. Wir wissen ferner, daß in aufregenden Momenten einer Operation es leicht sich ereignen kann, daß ein Fremdkörper, zumal eine Mullkompresse in der Bauchhöhle zurückbleibt. So-

sehr wir Ärzte einen solchen Fehler zu entschuldigen geneigt sind, so sehr müssen wir bedenken, daß die Gerichte in einem solchen Vorkommnis einen Kunstfehler erblicken und den betreffenden Arzt verurteilen müssen. Es sind allerdings Fälle vorgekommen, in denen das Gericht das Zurückbleiben von Fremdkörpern entschuldigt und den Arzt freigesprochen hat. Soviel ich aber weiß, hat das Reichsgericht immer wieder das Vorliegen eines Kunstfehlers angenommen. Wie dem auch immer sei, die Ärzte haben gerade bei Bauchoperationen die strenge Pflicht, auf das Zurückbleiben von Fremdkörpern zu achten und alle Maßnahmen zu ergreifen, um ein solches Vorkommnis zu verhüten. Dazu gehört vor allen Dingen eine strenge Kontrolle der in die Bauchhöhle hineingestopften Tücher. Wie an meiner Klinik die Sache gehandhabt ist, habe ich an anderer Stelle ausgeführt. Im wesentlichen kommt die Aufsicht bei mir darauf hinaus, daß jede Kompresse, die in den Bauch hineingestopft wird, erstens mit einer Perle oder einer Klemme versehen sein muß, und daß ferner jede Kompresse eine fortlaufende Nummer tragen muß, die nach Beendigung der Operation festzustellen ist. Seit dieser Vorsichtsmaßregel haben wir das Zurückbleiben von Kompressen nicht mehr erlebt, wohl aber ist es zweimal vorgekommen, daß beim Nachzählen eine Kompresse fehlte, und daß sie einmal auf einer Fensterbank und einmal unter der Fußsohle eines zuschauenden Arztes gefunden wurde. Seit Einführung des Kontrastmulls werden nur solche Kompressen in die Bauchhöhle hineingesteckt, die aus Kontrastmull angefertigt sind. Sollte wirklich einmal eine Kompresse zurückbleiben und nicht gefunden werden, so genügt das Röntgenbild, um nachzuweisen, ob

die Kompresse in der Bauchhöhle vorhanden ist oder nicht.

Eine große Bedeutung hat in letzter Zeit für die ärztliche Haftpflicht ein wichtiges Behandlungsverfahren gefunden, das wie selten ein anderes Verfahren ungeahnte Erfolge aufzuweisen hat: die Bluttransfusion.

Nachdem die großen Erfolge der Bluttransfusion mehr und mehr erkannt worden sind, hat man gleichzeitig einsehen müssen, daß ihr bei unzweckmäßiger Anwendung große Gefahren innewohnen. Diese Gefahren beziehen sich insbesondere auf die Verwendung eines ungeeigneten Spenders. Bekanntlich scheiden sich sämtliche Menschen in sogenannte Blutgruppen, die man mit den Namen *A*, *B*, *AB* und *O* bezeichnet hat. Vollkommen ungefährlich ist für den andern Menschen nur das Blut eines Spenders der gleichen Gruppe. Früher hat man gemeint, daß das Blut der Gruppe *O* auf alle andern Blutgruppen ohne alle Gefahr übertragen werden könne. Man hat aber in den letzten Jahren erkannt, daß auch das Blut der Gruppe *O* den anderen Blutgruppen gefährlich werden kann. Die Gefahr besteht vor allem darin, daß bei der Verwendung einer andern Blutgruppe eine Auflösung der roten Blutkörperchen entsteht, und daß es damit zu der sogenannten Hämoglobinurie mit meist tödlichem Ausgang kommt. Will man diesen Gefahren entgehen, so darf man nur Blut *A* auf *A*, Blut *B* auf *B*, Blut *AB* auf *AB*, Blut *O* auf *O* übertragen.

Die größte Vorsicht in der Auswahl des Blutspenders ist darum erforderlich.

Bei uns ist es Vorschrift, daß das Blut des Spenders von zwei Beobachtern unabhängig von-

einander untersucht wird und daß dann erst zur Bluttransfusion geschritten wird. Ja, auch bei dieser Vorsicht haben wir es erlebt, daß das Ergebnis falsch war, und daß ein Blut der Gruppe *A* sich später als ein Blut der Gruppe *AB* herausstellte.

Um auch einem solchen, immer möglichen Blutbeobachtungsfehler zu entgehen, ist neben einer sorgfältigen Blutgruppenbezeichnung die sogenannte biologische Probe notwendig. Man spritzt zunächst nur etwa 10 ccm Spenderblut dem Empfänger ein und wartet, ob irgendwelche Störungen am Zirkulations- oder Respirationsapparat sich einstellen. Erst wenn 5 Minuten ohne Zwischenfall verflossen sind, kann die Transfusion vorgenommen werden. Aber auch dann ist immer noch Vorsicht notwendig, und bei jeder leisesten Störung muß die Transfusion abgebrochen werden. Daß jedes Spenderblut auf Lues zu untersuchen ist, ist selbstverständlich. Ebenso, daß der betreffende Spender einer sorgsamen Allgemeinuntersuchung unterzogen werden muß.

Nur wer diese Vorschriften für die Bluttransfusion allergenauestens erfüllt, kann bei einem etwaigen Zwischenfalle von einem Kunstfehler freigesprochen werden.

Recht bedenkliche Zwischenfälle können sich bei gewissen endoskopischen Untersuchungen, zumal solchen der Speiseröhre und des Magens, ereignen. Seitdem die Gastroskopie mehr und mehr ausgeführt wird, ist es hin und wieder zu Perforationen des Ösophagus und des Magens gekommen. Daß aus einer solchen Untersuchungsfolge jemals ein Haftpflichtprozeß entstanden ist, ist mir nicht bekannt geworden. Bei der *Starck'schen* Kardiadilatation

hat *Starck* selbst unter mehr als 100 Fällen eine nachteilige Folge nicht gesehen.

Wie oft es bei der Rektoskopie zu einer Perforation des Rektums gekommen ist, ist nicht bekannt; ich selbst habe von 2 solchen Fällen gehört. Außerdem weiß ich von einer Rektumperforation, die bei der Sondierung einer nach Mastdarmresektion entstandenen Stenose eingetreten ist.

Ob in der großen Chirurgie, zumal in der Chirurgie des Kopfes, der Brust- und Bauchorgane es je zu Haftpflichtklagen wegen technischer Fehler gekommen ist, ist mir nicht bekannt. Die Haftpflichtklagen, welche solche Operationen betreffen, beziehen sich in der Regel auf die Verzögerung oder Unterlassung der Operation. Verhältnismäßig häufig hingegen hört man von Haftpflichtklagen, die gegen Ärzte wegen Verfehlungen bei geburtshilflichen Operationen angestrengt werden. Insbesondere sind es die Perforationen des Uterus bei der Ausräumung von Aborten, die außerordentlich häufig Klagen gegen Ärzte veranlassen. Gewöhnlich handelt es sich dabei zunächst um eine strafrechtliche Untersuchung. Wenn man weiß, daß an eine strafrechtliche Verfolgung sich fast immer eine zivilrechtliche anschließt, so müssen wir auch diese Fälle unter den Haftpflichtklagen besprechen.

Die genannten geburtshilflichen Operationen muß der Praktiker oft allein, ohne gute Assistenz, vornehmen. Die Zeit ist meist so drängend, daß er zum Eingriff gezwungen ist, und er kann sich nicht immer einen Kollegen zur Hilfe herbeiholen. Bei der schweren Verantwortung, die er sich durch einen Kunstfehler in einem solchen Falle zuzieht, kann man jedem Kollegen nur raten, gerade bei allen

geburtshilflichen Eingriffen besonders vorsichtig zu sein und mit peinlicher Gewissenhaftigkeit bei allen Maßnahmen zu Werke zu gehen. Fühlt sich der betreffende Kollege der Situation nicht gewachsen, so soll er lieber die betreffende Kranke in die nächste Krankenabteilung schicken, wo sie sachgemäße Versorgung antrifft. Besser noch, sich dem Vorwurf der Unzulänglichkeit auszusetzen, als Unheil anzurichten und sich und seine Familie dauernd zu schädigen. Viel belastender als die oft nicht sehr schwere Strafe dünkt mir in allen solchen Fällen die ungewöhnliche seelische Erregung, der man in allen Phasen des Prozesses tagtäglich ausgesetzt ist, und von denen die Lübecker Verhandlungen ein so erschütterndes Bild entworfen haben.

Neben den bei der Ausführung einer Operation begangenen Fehlern kann dem Arzte die Überschreitung seiner Berechtigung zur Operation vorgeworfen werden. Eine solche Überschreitung der Berechtigung kann in zweierlei Weise erfolgen. Einmal dadurch, daß die Operation überhaupt nicht angezeigt war und zweitens dadurch, daß neben einer geplanten Operation noch eine zweite, vorher nicht geplante, mit dem Kranken nicht verabredete Operation gemacht wurde.

Bezüglich der Berechtigung zu einer Operation soll sich jeder chirurgisch tätige Arzt darüber klar sein, daß der betreffende Kranke seine Zustimmung zur Operation gegeben haben muß. Handelt es sich um bewußtlose Kranke (Verletzte, Kranke mit Gehirnabszeß), so wird der Arzt immer genau zu prüfen haben, ob er in einem solchen Falle nach bestem Gewissen die Operation rechtmäßig unternehmen darf oder muß; zum mindesten soll er sich

immer die Zustimmung eines Familienangehörigen sichern.

Bei noch nicht volljährigen Kranken muß unbedingt die Zustimmung der Eltern oder des Vormundes eingeholt werden, auch in Fällen, bei denen eine Verzögerung der Operation Gefahr bringt. Bei den heutigen Rechtsanschauungen ist es sicherlich für den Arzt weit gefährlicher, eine medizinisch dringend angezeigte Operation bei einem Minderjährigen ohne Erlaubnis der Eltern zu machen, als durch Verzögerung der Operation bei nicht erfolgter Erlaubnis das Leben zu gefährden. Es ist bei uns wiederholt vorgekommen, daß bei gangränösen Blinddarmentzündungen Minderjähriger durch die Einholung der Erlaubnis viele kostbare Stunden versäumt worden sind. Glücklicherweise ist ein Unglück dadurch nie zustande gekommen.

Ein besonderes Kapitel bildet die aus falscher Indikation vorgenommene Operation. Dahin gehören vor allen Dingen die verstümmelnden Operationen wegen angeblich bösartiger Erkrankung, wenn die spätere genaue mikroskopische Untersuchung ein gutartiges Leiden ergibt. Unter diese Rubrik fallen vor allen Dingen die gutartigen Mammaerkrankungen, bei denen eine Amputation der Mamma vorgenommen wurde und die gutartigen entzündlichen Prozesse der Extremitäten, bei denen eine Absetzung des betreffenden Gliedes erfolgt ist. Die Verwechslung eines gutartigen Leidens der Brustdrüse mit einem Krebs der Brustdrüse ist nicht allzu selten. Wie groß die Zahl der unrechtmäßig erfolgten Amputationen ist, wird sich aus bekannten Gründen schwer sagen lassen.

Zu einer Haftpflichtklage infolge einer solchen Fehldiagnose dürfte es wohl nicht sehr häufig kom-

men. Im letzten Jahre ist mir aber doch ein Krankheitsfall bekannt geworden, bei dem ein Chirurg die Mamma wegen einer gutartigen Erkrankung, in der Meinung, ein Karzinom vor sich zu haben, amputiert hat und deswegen eine Haftpflichtklage zugestellt bekommen hat. Nach zweijähriger Verhandlung ist die Klage abgelehnt worden, besonders auf das Gutachten eines hervorragenden Chirurgen hin, in dem gesagt wurde, daß auf Grund der vorliegenden Erscheinungen die Berechtigung der Amputation der Mamma unbedingt vorlag, und daß auch durch eine vorherige mikroskopische Untersuchung eine vollkommene Sicherheit über die Gutartigkeit des vorliegenden Leidens nicht zu erzielen gewesen wäre.

Wenn der Fall auch für den Kollegen günstig ausgegangen ist, so soll es doch allen eine gute Lehre sein, bei irgendwie unklaren Brusterkrankungen zunächst eine Probeexzision mit sofortiger mikroskopischer Untersuchung vorzunehmen. Zu betonen ist der Zusatz: sofortige Untersuchung, d. h. Untersuchung in derselben Sitzung, während der Patient noch auf dem Operationstisch liegt.

Finden sich bei einer Operation Verhältnisse, die noch einen Eingriff an einem zweiten Organ erforderlich machen, so überlege man sich wohl, ob man durch die Ausführung dieser zweiten Operation nicht den Patienten schädigt und sich selbst der Gefahr aussetzt, haftpflichtig gemacht zu werden. Ohne viel dabei zu überlegen, habe ich in den letzten Jahren bei jeder Gallenblasenoperation und bei jeder Myomoperation die Appendix mitentfernt. Ich bin mir wohl bewußt, daß ich deswegen unter Umständen haftbar gemacht werden könnte, habe zu meiner Freude aber bisher immer nur erfahren, daß die Kranken mit meinem Vorgehen sehr zufrieden waren.

Sollte wirklich einmal ein solcher Kranker mich wegen seines geraubten Blinddarms haftpflichtig machen, so habe ich keinen Zweifel, daß ich wegen Gefährdung seiner Gesundheit verurteilt werden könnte. Maßgebend für unser Handeln kann in einem solchen Falle nur die Überlegung sein: was ist für den Kranken das weniger gefährliche? Der Wurmfortsatz bedeutet für jeden Menschen eine große Gefahr, die weit größer ist als die Entfernung des Organes unter den günstigen Verhältnissen gelegentlich einer anderen Laparotomie.

Noch klarer ist die Sachlage, wenn ich bei einer Magengeschwürresektion eine steinhaltige Gallenblase vorfinde. Da werde ich die Gallenblase selbstverständlich herausnehmen; und wenn ich bei einer Gallenblasenoperation ein beginnendes Magenkarzinom antreffe, so werde ich das Magenkarzinom zweifellos entfernen. Meine ärztliche Pflicht steht mir in solchen Fällen höher als die Gefahr, wegen einer unrechtmäßigen Operation zur Verantwortung gezogen zu werden.

Wenn ich aber bei einer einfachen Appendizitisoperation eine kleine Ovarialzyste antreffe, die ich vorher nicht diagnostiziert hatte, so werde ich mir doch sehr überlegen, ob ich diese Ovarialzyste mitentferne. Aus solchen nicht vereinbarten Operationen sind wiederholt dem betreffenden Operateur Haftpflichtprozesse entstanden, besonders dann, wenn die weiblichen Sexualfunktionen, vor allen Dingen die Gebärfähigkeit dadurch beeinträchtigt worden sind.

Allen diesen Schwierigkeiten und allen etwaigen Vorwürfen kann man nur dadurch entgehen, daß man sich von vornherein vom Kranken die Berechtigung erteilen läßt, so zu handeln, wie es für einen

gewissenhaften Arzt vorgeschrieben ist. Erfreulicherweise soll ein solcher Passus auch in das neue Reichsstrafgesetzbuch aufgenommen werden, so daß in Zukunft keine Gefahr mehr besteht, daß ein gewissenhafter Arzt, der eine Operation ohne ausdrückliche Berechtigung unternommen hat, wegen Körperverletzung zur Verantwortung gezogen wird. Die Richter und die beratenden Sachverständigen werden dann zu entscheiden haben, was ein gewissenhafter Arzt in einem solchen Falle zu tun hat.

Hingewiesen werden muß schließlich noch auf die Röntgenverbrennungen. Die durch sie bedingten Schäden haben am häufigsten zu Haftpflichtprozessen Anlaß gegeben und werden voraussichtlich noch immer weiter Anlaß geben. Die Akten unserer Haftpflichtversicherungs-Gesellschaften wissen viel von solchen Vorkommnissen zu erzählen. Wer je das Unglück gehabt hat — und welchem Röntgenologen der früheren Zeiten wird es erspart geblieben sein — einen solchen Haftpflichtprozeß über sich ergehen zu lassen, der weiß, welche Summe von Ärger und Verdruß mit einer solchen Sache verbunden ist. Wer einen Röntgenschaden vermeiden will, befolge genau die Vorschriften, die in allen Lehrbüchern einzusehen sind. Insbesondere ist es wichtig, über jede Bestrahlung genaue Aufzeichnungen zu führen, damit man bei einem etwaigen Schaden genau die verwendete Dosis anzugeben imstande ist. Daß jeder Röntgenologe sich durch eine Haftpflichtversicherung decken muß, braucht hier kaum hervorgehoben zu werden.

Diese Übersicht über die verschiedenen Möglichkeiten, die zu einer Haftpflichtklage führen können, zeigt, wie oft der Arzt der Gefahr ausgesetzt ist,

für einen im Laufe der Behandlung entstandenen Schaden verantwortlich gemacht zu werden.

Ob auch ein Verschulden des Arztes vorliegt, wird das Gericht zu entscheiden haben.

Zum Trost für alle Kollegen darf festgestellt werden, daß Schaden und Verschulden nicht dasselbe ist. Eine Kranke hat bei einer Diathermiebehandlung eine Verbrennung erlitten. Die Verbrennung wurde jedenfalls durch die Behandlung hervorgerufen. Ein Fehler in der Behandlung konnte aber dem Arzte nicht nachgewiesen werden. Auf Grund der genauen Prüfung der Verhältnisse schien es sogar in hohem Grade wahrscheinlich, daß die sehr nervöse und aufgeregte Kranke die, die Elektrode fixierende Binde gelockert und verschoben hatte. Der Arzt wurde in allen Instanzen freigesprochen.

Solange nicht ein schuldhaftes Verhalten des Arztes nachzuweisen ist, kann von einem Kunstfehler keine Rede sein.

Gegen all die angeführten Möglichkeiten hilft nur eines: das ständig wachzuhaltende Gefühl der großen Verantwortung und die strengste Gewissenhaftigkeit. Diese beiden Eigenschaften dürfen den Arzt bei seinem täglichen Werke nie verlassen. Er muß stets gewärtig sein, daß ein Irrtum in der Diagnose die schwersten Folgen nach sich ziehen kann. Er darf keine beginnende Diphtherie, keinen Typhus übersehen, er muß die Perforation eines Magengeschwürs sofort erkennen, er muß bei jeder schmerzhaften Baucherkrankung sorgfältig prüfen, ob nicht eine Appendizitis oder gar ein Darmverschluß vorliegen kann. Bei jeder, auch der leichtesten Verletzung, muß er die Regeln der Wundbehandlung so befolgen, daß ihm später nicht der

Vorwurf einer mangelhaften Desinfektion entgegengehalten werden kann. Stets hat er zu entscheiden, ob eine Tetanuseinspritzung notwendig ist. Bei Kopf- und Bauchverletzungen soll er sorgfältig prüfen, ob nicht eine lebensgefährliche Komplikation, eine Blutung, eine Entzündung der Meningen oder der Serosa einzutreten droht. Jede Verletzung ist auf das Vorhandensein einer Knochenbeteiligung sorgfältig röntgenologisch zu untersuchen. Bei jeder, auch der harmlosesten ärztlichen Leistung, muß er so handeln, daß nie eine nachteilige Folge entstehen kann. Die einfachste subkutane Einspritzung muß unter tadellosen aseptischen Kautelen vorgenommen werden. Bei jeder Narkose muß er sich die Unterstützung eines Kollegen oder zum mindesten einer erfahrenen Schwester sichern. Jede Sondierung oder endoskopische Untersuchung muß unter allen vorgeschriebenen Maßnahmen durchgeführt werden. Bei jedem notwendigen operativen Eingriff sollen alle in Betracht kommenden Zwischenfälle genau berücksichtigt werden; zumal bei der operativen Geburtshilfe soll stets mit besonderer Vorsicht zu Werke gegangen werden.

All diese täglich zu erwartenden Ereignisse können in einer wohlgeleiteten Anstalt, in der alles vorgesehen ist, mit Sicherheit bekämpft werden. Wie ist es aber in der Praxis, wo der Betrieb in der Regel auf einfache Verhältnisse eingestellt ist, wo aber doch, zumal im Zeitalter des Autos, an jeden Arzt jederzeit die höchsten Anforderungen gestellt werden? Man kann nur jedem Praktiker den Rat geben, die Anforderungen an seine Gewissenhaftigkeit und Sorgfalt täglich höher zu bemessen und in seinem Pflichtgefühl niemals zu erlahmen.

Wenn man als beschäftigter Facharzt, der wiederholt im Laufe des Tages über schwere Gesundheitsschädigung zu entscheiden hat, am Abend sich alles das zusammenstellt, was unter Umständen bei mangelhafter Vorsicht sich hätte ereignen können, Narkosezufälle, Fehldiagnosen, Blutungen, operative Versehen, wenn man dann weiter dem Befinden seiner Kranken, zumal dem der Operierten, nachsinnt, häufig mit der bangen Frage, ob nichts versäumt worden ist, wenn dann die Ereignisse des Tages in die knappe Nachtruhe mit hinüberwechseln, und wenn man dann hört, wie schnell viele Menschen dem Arzte, der in rastloser Tätigkeit sein Bestes gegeben hat, Kunstfehler und Unterlassungssünden vorzuwerfen geneigt sind, so kann man verstehen, daß mancher Kollege unter dem Druck dieser seine Seele belastenden Selbstvorwürfe und Zweifel die für den Beruf erforderliche unbedingte Sicherheit verliert und sich frägt, ob er noch weiter in der Lage ist, berufsfreudig und pflichtgetreu seinen Weg zu gehen. Solche Bedenken sind mir wiederholt von beschäftigten Kollegen, zumal unter dem Druck der immer mehr um sich greifenden Verleumdungen der Ärzte und unter der Last der zunehmenden Haftpflichtprozesse geäußert worden. All diesen Bedrückungen gegenüber hilft nur eines: eine unverwüstliche psychische Widerstandskraft und das Bewußtsein, alles getan zu haben, was die Lehren der Wissenschaft und die eigene Erfahrung vorschreiben. Nur eine peinliche Sorgfalt und strengste Gewissenhaftigkeit sichern gegen alle fremden Anklagen und gegen alle eigenen Vorwürfe. Wer pflichttreu und verantwortungsfreudig seinen Weg geht, den werden die dabei immer wieder auftretenden herrlichen Erfolge stets von neuem aus allen Zweifel sich erheben lassen.

Die „kollegiale" Operationsanzeige.

Jede Indikation zu einem operativen Eingriff soll nur nach allerstrengsten Grundsätzen gestellt werden. Maßgebend ist dafür in erster Linie eine genaue Diagnose. Ermöglichen die klinischen Erscheinungen einen klaren Einblick, nicht nur in die Art der Erkrankung, sondern auch in ihr Stadium und in die Widerstandskraft des Kranken, so ist die Anzeige zur Operation mit großer Sicherheit zu stellen.

Leider sind die Krankheitszeichen manchmal so wenig verläßlich, daß eine sichere Diagnose nicht möglich ist. Gewisse Zeichen sprechen für eine bestimmte Erkrankung, andere Zeichen dagegen. Eine Versäumnis des Eingriffes bedeutet unter Umständen eine schwere Schädigung des Kranken. In anderen Fällen kann die Vornahme einer Operation großes Unheil anrichten. Hat der Chirurg bei solcher Lage ohne sichere Diagnose und ohne genaue Indikation das Recht oder die Pflicht zur Operation?

Diese Unsicherheit in der Diagnose- und Indikationsstellung wird besonders bedeutungsvoll im Verkehr mit den Praktikern und Internisten, die dem Chirurgen Kranke zur Operation zuweisen. Der Praktiker ist für das Operieren, der Chirurg kommt zu einer anderen Auffassung. So entstehen recht unangenehme Lagen. Es soll versucht werden, an einigen Beispielen zu zeigen, wie die so sich ergebenden kollegialen Schwierigkeiten sich vermindern oder ganz beseitigen lassen.

An erster Stelle sind die bei akuten Fällen sich ergebenden Unklarheiten zu erörtern. Bei chronischen Erkrankungen hat man Zeit zur ruhigen Überlegung und kann das Für und Wider einer

Operation ausgiebig überdenken und wiederholt besprechen. Bei akuten Fällen handelt es sich dagegen oft um Stunden, die über das Leben des Kranken entscheiden. Läßt man diese Stunden ungenützt verstreichen, so kann unter Umständen das Unheil, das eine tödliche Erkrankung bedingt, nicht mehr abgewendet werden.

Solche akuten Fälle sind entweder Entzündungen oder Verletzungen. Die häufigsten sind die Entzündungen, unter diesen an erster Stelle die Entzündungen der Bauchorgane.

Es ist als ein erfreulicher Erfolg der neueren Chirurgie zu buchen, daß die große Mehrzahl unserer Praktiker sich ein ausgezeichnetes Verständnis für die Notwendigkeit eines frühzeitigen chirurgischen Eingriffes bei den entzündlichen Baucherkrankungen erworben hat. Wenn heute die schweren Entzündungen der Appendix, der Gallenblase, des Pankreas in ihrer großen Mehrzahl durch den operativen Eingriff geheilt werden können, wenn das durchgebrochene Magengeschwür zur Operation gesandt wird, bevor eine allgemeine Peritonitis eingetreten ist, wenn die Fälle von Darmverschluß zur chirurgischen Behandlung gelangen, bevor es zu einer Darmlähmung und Vergiftung des Körpers gekommen ist, so ist das im wesentlichen ein Verdienst des zuerst zugezogenen Praktikers, der sich bewußt ist, daß von seinem raschen Handeln in solchen Fällen alles abhängt.

Ein verantwortungsvoller Arzt wird daher bei jeder entzündlichen Baucherkrankung sich ernstlich fragen: liegt hier eine Erkrankung vor, die eine sofortige chirurgische Behandlung erforderlich macht oder nicht? Da die plötzlich eintretenden Bauchschmerzen am häufigsten durch eine Appendizitis

bedingt sind, so wird jeder Arzt in einem Falle von Bauchweh zuerst an die Möglichkeit einer Blinddarmentzündung denken.

Jeder Erfahrene weiß, daß die Erscheinungen der Appendizitis in den ersten Stunden sehr unbestimmter Art sind. Auch sehr schwere Fälle machen oft nur ganz geringe allgemeine und noch geringere örtliche Erscheinungen. Was ist natürlicher, als daß der Praktiker bei unklaren Fällen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellt und den Kranken zur Operation einer chirurgischen Anstalt zuweist. Ist der Chirurg der gleichen Anschauung wie der Praktiker und hält er eine Appendizitis für sicher oder für wahrscheinlich, so ist die Lage sehr einfach, der Kranke wird baldigst operiert, mag er nun eine Appendizitis haben oder nicht. Was aber soll geschehen, wenn der Chirurg überhaupt nichts Verdächtiges findet, oder wenn er die Bauchschmerzen durch eine andere akute Erkrankung (Pyelitis, Cholezystitis, Adnexitis, Ureterstein, um nur die gewöhnlichsten zu nennen) bedingt findet?

Die Entscheidung des Chirurgen wird je nach Umständen verschieden ausfallen müssen.

In ausgezeichneter Weise hat vor 2 Jahren *Clairmont* die Frage erörtert: inwiefern kann der Standpunkt des einweisenden Arztes bei der Operation der akuten Appendizitis berücksichtigt werden? In der Züricher Klinik wurden in den letzten 5 Jahren 1298 Fälle von Appendizitis eingeliefert. Unter diesen 1298 Fällen fanden sich 252 Fehldiagnosen der einweisenden Ärzte. Von diesen Fehldiagnosen wurden in der Klinik 75 Proz. richtiggestellt: die Operation wurde unterlassen. Bei 25 Proz. beteiligte sich auch die Klinik an der Fehldiagnose: diese Fälle wurden operiert.

Die größte Zahl der Fehldiagnosen stellten die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane dar: 110 Fälle, am häufigsten die Adnexitis mit 62 Fällen. Danach kamen die Erkrankungen des Magendarmkanals: 54 Fälle, am häufigsten Gastroenteritis. Unter den 30 Fehldiagnosen bei Erkrankungen der Harnwege befanden sich 24 Fälle von Pyelitis. Gallenblasenerkrankungen gaben 22 mal zur Fehldiagnose Anlaß. *Clairmont* betont die Schwierigkeiten, die sich für den Chirurgen ergeben, um den richtigen Weg zu gehen. Wenn auf der einen Seite das Wohl des Kranken an erster Stelle steht, so muß man immer bedenken, daß die Stellung des Arztes durch die Anerkennung seines Standpunktes gefestigt, durch die Ablehnung geschwächt wird.

Bei der Aussprache über den *Clairmont'schen* Vortrag am Chirurgentag (1927) stellten sich die meisten Redner auf den Standpunkt, daß man den den Appendizitiskranken einweisenden Arzt möglichst stützen müsse. *Fritz König* operiert auch manchmal einen Kranken, bei dem nur die Möglichkeit einer Appendizitis besteht, auf die Gefahr hin, eine Fehldiagnose zu stellen. *De Quervain* hat in seiner Klinik die Vorschrift, bei irgendwelcher Unstimmigkeit in der Diagnose sofort mit dem behandelnden Arzt in telephonische Verbindung zu treten und mit ihm die Diagnose und die Indikationsstellung zu erörtern. Chirurg und zuweisender Praktiker werden immer genügend Zeit haben, um in Ruhe die Anzeigen und Gegenanzeigen der Operation zu erörtern.

Wenn ich im Anschluß an die *Clairmont'schen* Ausführungen meinen eigenen Standpunkt darlegen darf, so lasse ich mich im allgemeinen von folgenden Gesichtspunkten leiten: ist der Befund vollkommen

negativ, findet sich weder ein sicheres Zeichen einer Appendizitis noch einer anderen Baucherkrankung, haben aber verdächtige Bauchschmerzen bestanden, und hat sich der zuweisende Kollege auf Grund seiner Beobachtungen mit Bestimmtheit für das Bestehen einer Appendizitis ausgesprochen, so wird der Chirurg am besten tun, wenn er trotz seines negativen Befundes sich der Indikation des zuweisenden Kollegen anschließt und die Appendix entfernt.

Dafür sprechen zwei Gründe: trotz des vollkommen negativen Befundes kann eine Appendizitis vorliegen. Das haben wir alle schon häufig erlebt. *Hinz* hat in der Aussprache zu dem *Clairmont'schen* Vortrage darauf besonders hingewiesen. Was ist unangenehmer, als wenn man zuwartet und nach 1 oder 2 Tagen doch operieren muß, und wenn sich nun ein weit vorgeschrittener Entzündungsprozeß vorfindet. Und ferner: verweigert der Chirurg die Operation, so wird die unter Umständen mühsam errungene chirurgische Einstellung des zuweisenden Arztes zum mindesten eine erhebliche Abschwächung erfahren. Er wird sich — mit Recht oder Unrecht, das bleibe zunächst aus dem Spiele — dem Kranken gegenüber in seiner ärztlichen Autorität geschädigt fühlen und bei dem nächsten Krankheitsfalle lieber von einer Empfehlung des chirurgischen Eingriffes absehen. So kann es dazu kommen, daß ein dringend der Operation bedürftiger Kranker bei einer anderen Gelegenheit unoperiert bleibt und eine mehr oder minder beträchtliche Schädigung seiner Gesundheit davonträgt. Von der Störung der bisher angenehmen kollegialen Beziehungen zwischen Chirurgen und Praktiker will ich hier gar nicht reden.

In einem solchen Falle zu operieren, ist meines Erachtens Recht und Pflicht. Man mag das kolle-

giale Indikation nennen oder auch mit anderen witzigen Namen bezeichnen, daran darf man sich hier nicht stoßen. Man muß das Ganze im Auge behalten und auf Grund reiflicher Überlegung so handeln, wie Erfahrung und Gewissen vorschreiben.

Etwas anders ist die Sachlage, wenn der Chirurg nach seiner Untersuchung zu dem Ergebnis kommt, daß nicht eine Appendizitis, sondern eine andere Erkrankung vorliegt. Die sonstigen Entzündungen der Bauchorgane, die mit Appendizitis verwechselt werden können, sind bekanntlich außerordentlich zahlreich. In der *Clairmont'schen* Arbeit sind die wichtigsten aufgeführt. Liegt eine derartige Verwechslung vor, so ist es selbstverständlich, daß der Chirurg so handelt, wie seine Erfahrung und sein Verantwortungsgefühl es fordern. Kommt er zu der Überzeugung, daß eine Perforation eines Magengeschwürs vorliegt, so wird er selbstverständlich diese Perforation behandeln; erkennt er als die Ursache der Erkrankung einen Darmverschluß, so wird er dagegen seine Maßnahmen richten; muß er auf Grund seiner Untersuchung eine Gallenblasenentzündung annehmen, so wird er dagegen in entsprechender Weise vorgehen.

Auf 3 Erkrankungen muß hier näher eingegangen werden, bei denen es sich um Störungen handelt, die nicht einen sofortigen chirurgischen Eingriff erfordern, und bei denen in der Regel ein abwartendes Verfahren vorzuziehen ist. Und gerade diese drei Erkrankungen werden besonders häufig mit der Appendizitis verwechselt. Die Erkrankungen heißen: die akute Pyelitis, die gonorrhoische Adnexitis und die rechtsseitige Harnleitersteinkolik

Die akute Pyelitis wird, zumal bei Kindern, selbstverständlich nur dann, wenn es sich um eine

rechtsseitige Pyelitis handelt, oft mit einer Appendizitis verwechselt. Bei mir ereignet es sich jährlich mehrere Male, daß Kinder unter der Diagnose „Appendizitis" in die Anstalt gesandt werden, bei denen bestimmt eine Pyelitis vorliegt. Die Druckempfindlichkeit der rechten Nierenbeckengegend bei verhältnismäßigem Freisein der rechten Darmbeingrube, der Gehalt des Urins an Leukozyten und Kolibakterien lassen immer die richtige Diagnose stellen.

Bei einer zweifellosen Pyelitis kann selbstverständlich von einer Operation keine Rede sein. Man muß aber wissen, daß hin und wieder Fälle von Pyelitis vorkommen, die mit einer Appendizitis vergesellschaftet sind. Findet man neben der Pyelitis eine deutliche Spannung und große Druckempfindlichkeit der rechten Darmbeingrube, so kann auch der Geübteste im Zweifel sein, ob neben der Pyelitis noch eine Appendizitis vorliegt. Kann man die Appendizitis mit Bestimmtheit ausschließen, so wird man nicht operieren. Glaubt man aber, daß doch die Möglichkeit einer Blinddarmentzündung bestehen kann, so soll man ja die Appendix entfernen. Ein Schaden wird dadurch nicht angerichtet. Man muß nur die Vorsicht gebrauchen, sowohl dem Kollegen, wie den Eltern mitzuteilen, daß neben der Blinddarmentzündung eine Nierenbeckenreizung vorhanden ist.

Ähnliches erleben wir bei der gonorrhoischen Salpingitis. So schwierig oft die Differentialdiagnose zwischen chronischer Salpingitis und chronischer Appendizitis ist, so kann es ganz unmöglich werden, eine akute Salpingitis von einer akuten Appendizitis zu unterscheiden, oder bei einer akuten Salpingitis das gleichzeitige Bestehen einer Appendizitis auszuschließen. An eine akute Salpingitis

werden wir immer dann denken, wenn der Erkrankung gonorrhoische Beschwerden, Ausfluß, Brennen beim Urinieren vorausgegangen sind, wenn ferner der Befund eine Empfindlichkeit zu beiden Seiten des Uterus nicht nur rechts, sondern auch links aufweist, wenn die Stelle des Mac Burney verhältnismäßig wenig empfindlich, der untere Teil der Darmbeingrube aber mehr empfindlich ist. Wenn man sich diesen Befund immer wieder zurechtlegt, so bleibt es auch dem Geübtesten manchmal zweifelhaft, ob nicht doch noch neben der sicher angenommenen Adnexitis eine akute Appendizitis besteht. Ist bei solcher Sachlage der zuweisende Kollege der Anschauung, daß eine Appendizitis vorliegt, so wird der Chirurg im allgemeinen richtig handeln, wenn er die Laparotomie vornimmt und die Appendix entfernt. Er übersieht dann genau die Verhältnisse im kleinen Becken und schafft sich so die beste Grundlage auch für die spätere Behandlung. Ich war in solchen zweifelhaften Fällen immer sehr befriedigt, wenn ich den Leib eröffnet und mir Gewißheit von den Verhältnissen im kleinen Becken verschafft hatte, auch dann, wenn an der Appendix keinerlei Veränderungen zu finden waren.

Natürlich wird man in derartigen Fällen immer die Vorsicht gebrauchen, entweder von einem Schnitt in der Mittellinie oder von einem Faszienquerschnitt aus vorzugehen. Die Seitenschnitte, zumal der Wechselschnitt, schaffen in solchen Fällen nur ungenügende Übersicht.

Die rechtsseitige Uretersteinkolik wird außerordentlich häufig mit der Appendizitis verwechselt. Zahlreiche Statistiken der Urologen erweisen, daß ungefähr die Hälfte aller Uretersteinkranken beim ersten Anfall die Appendix entfernt

bekommen hat. Der Chirurg muß sich eine Ehre daraus machen, jeden Anfall von Uretersteinkolik richtig zu erkennen und dementsprechend zu behandeln. Die Art der Kolik, das Ausstrahlen der Schmerzen nach der Blase und nach den Hoden zu, die Harnbeschwerden, der Gehalt des Harns an Erythrozyten, unter Umständen das Röntgenbild, werden die richtige Diagnose immer ermöglichen. In einem solchen Fall von bestimmt erkannter Uretersteinkolik die Appendix zu exstirpieren, wenn auch der zuweisende Kollege in der Appendix die Ursache der Schmerzen sucht, kann nicht als richtig anerkannt werden. In einem solchen Falle muß man mit aller Rücksichtnahme und Schonung auf die richtige Diagnose hinweisen. Zwei sachlich sich besprechende Kollegen werden hier immer die beste Art des Vorgehens herausfinden können.

Daß eine Uretersteinkolik wirklich trotz sorgfältigster Untersuchung mit einer Appendizitis verwechselt werden könnte, erscheint unwahrscheinlich. Die Möglichkeit soll nicht geleugnet werden. Es gibt bestimmt Fälle von Ureterstein, bei denen die rechte Darmbeingrube heftige Spannung und Druckempfindlichkeit aufweist, und wo die Diagnose Appendizitis nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Glaubt man in einem solchen Falle vorsorglich die Appendizektomie vornehmen zu müssen, so kann dagegen ein Widerspruch nicht erhoben werden.

Erkrankungen von außerhalb der Bauchhöhle liegenden Organen werden, so unglaublich das immer wieder klingen mag, nicht selten mit einer Appendizitis verwechselt. Auf die ungewöhnlichen Fehldiagnosen (Epididymitis, Prostatitis, Leistendrüsenschwellung) soll hier nicht näher eingegangen werden. Wenn wirklich solche schwere

Fehler in der Diagnose begangen werden, hat der Chirurg die Pflicht, dem Kollegen in höflicher Weise davon Mitteilung zu machen und die entsprechende Behandlung einzuschlagen.

Sehr häufig ist die Verwechslung der Appendizitis mit den leichten Grippeerkrankungen. *Wachsmuth* (Münch. med. Wschr. 29/19, S. 792) hat neuerdings auf diese Fehldiagnose hingewiesen und hat 13 Fälle mitgeteilt, die unter der Diagnose „Appendizitis" in die *Redwitz'sche* Klinik, Bonn, eingeliefert und dort als einfache Influenza erkannt wurden. Nur ein Fall von diesen 13 wurde operiert, alle anderen blieben unoperiert und wurden unter innerer Behandlung geheilt.

Alle diese Kranken zeigten im Beginn der Erkrankung deutliche Symptome einer Allgemeinerkrankung: Gliederschmerzen, Kreuzschmerzen, allgemeine Mattigkeit. Alle gaben daneben Leibschmerzen im rechten Unterbauch an, und 5 hatten vor der Aufnahme erbrochen. Katarrhalische Erscheinungen von seiten der Grippe waren in einem Teil der Fälle von Anfang an vorhanden, in einem anderen Fall traten sie erst nach der Aufnahme auf. Der örtliche Befund ließ in allen Fällen eine umschriebene Druckempfindlichkeit am *MacBurneyschen* Punkt erkennen. Die Baucherscheinungen gingen sämtlich in wenigen Tagen zurück.

Wachsmuth möchte diese eigentümlichen Baucherscheinungen, die bei der ersten Untersuchung leicht den Verdacht auf Appendizitis erwecken können, als Prodromalsymptome der Grippe auffassen. Die Beschwerden sind vielleicht durch eine Pleuritis diaphragmatica oder durch eine Hyperämie der Darmschleimhaut oder durch eine Schwellung der retroperitonealen Drüsen oder durch Blutungen in den Rektus bedingt. Auch Neuralgien im Bereiche der Interkostalnerven und des Ileohypogastrikus müssen in Rücksicht gezogen werden.

Was meine eigenen Erfahrungen in dieser Beziehung anbetrifft, so sind mir im Laufe der letzten Jahre nicht selten Kranke (es waren meistens Kinder) zugeführt worden, bei denen der Verdacht auf eine Appendizitis bestand. Bei genauer Untersuchung und Beratung mit dem zuweisenden Kollegen neigten wir mehr der Annahme einer Bronchitis oder einer katarrhalischen Pneumonie zu, und der Verlauf hat uns immer Recht gegeben. Würde man in solchen Fällen operieren, so würde man selbstverständlich den betreffenden Kranken leicht schädigen können, indem man durch die Narkose die katarrhalischen Erscheinungen verschlimmert. Hier muß der Chirurg unbedingt auf strenger Operationsanzeige bestehen.

Eine Verwechslung von Appendizitis und Pneumonie ist mir in den letzten Jahren nicht vorgekommen. Aus den früheren Jahren erinnere ich mich an einen schweren Fall von Pneumonie, bei dem ich am ersten Tage, als die Erscheinungen vollkommen unklar waren, die Appendizektomie vorgenommen habe. Als nach der Operation die pneumonischen Erscheinungen in den Vordergrund traten, habe ich einige Tage unter schwerer seelischer Bedrückung verbracht. Mir half damals auch nicht die Erinnerung an den Ausspruch von *Thiersch*: „Die Hauptsache ist, daß Ihr bei Eurer Diagnostik die richtige Körperhöhle findet." Ich habe es mir seitdem ebenso wie *Meisel* zur Pflicht gemacht, bei allen unklaren Fällen von Appendizitis eine Röntgendurchleuchtung vorzunehmen. Sollte wirklich einmal eine Pneumonie bei der physikalischen Untersuchung übersehen worden sein, so würde sie sich auf dem Röntgenschirm sicherlich darstellen.

Die akute Gallenblasenentzündung führt weit seltener zu Fehldiagnosen als die Appendizitis.

Mutatis mutandis gilt für die Cholezystitis das gleiche, was für die Appendizitis gilt. Erkennt der Chirurg, daß ein unter der Diagnose Appendizitis eingelieferter Kranker in Wirklichkeit an einer Cholezystitis leidet, so wird er seinen Grundsätzen entsprechend seine Entscheidung treffen. Eine akute Cholezystitis wird selten so schwere Erscheinungen machen, daß eine augenblickliche Operation angezeigt ist. Chirurg und zuweisender Praktiker werden immer genügend Zeit haben, um in Ruhe die Anzeige und Gegenanzeige der Operation zu erörtern. Für dies noch recht umstrittene Gebiet können kurze Regeln bestimmter Art nicht festgelegt werden.

Die Verwechslung einer Magenperforation mit einer anderen akuten Erkrankung der Bauchhöhle kann auch dem Erfahrenen unterkommen. Da es sich dabei fast immer um schwere Krankheitsbilder handelt, bei denen jede Verzögerung eines chirurgischen Eingriffes große Gefahr bedingen würde, so kann über die Indikation zur Operation im allgemeinen ein Zweifel nicht bestehen. Sollte sich bei der genauen Untersuchung herausstellen, daß die akute Erkrankung eines anderen Organs vorliegt (Appendix, Gallenblase, Pankreas), so muß nach Sachlage gehandelt werden. Schwierig sind oft die heftigen, kolikartigen Zustände zu beurteilen, die ohne grob anatomische Veränderungen einhergehen. Man hat in solchen Fällen von dem vagotonischen Schock gesprochen. Es gehört eine große Erfahrung dazu, derartige Krankheitszustände richtig zu erkennen, und man wird es keinem Chirurgen verübeln können, wenn er in einem solchen Fall zum Messer greift. Wenn der zuweisende Kollege auf Grund seiner Beobachtungen eine Perforation als wahrscheinlich annehmen zu müssen

glaubt, so wird das den Chirurgen immer in gewisser Weise beeinflussen, sich mehr für das aktive Vorgehen zu entscheiden.

Recht schwierige Lagen können entstehen, wenn der zuweisende Arzt einen Darmverschluß annimmt, der Chirurg dagegen einen richtigen Darmverschluß ausschließen zu müssen glaubt. Es soll hier nicht die Rede sein von dem spastischen Darmverschluß, der bekanntlich in seiner Pathogenese noch nicht geklärt ist, und für dessen Behandlung bestimmte Regeln nicht aufgestellt werden können. Was hier besonders in Betracht kommt, ist der Adhäsionsileus, wie er in neuerer Zeit unter dem Einflusse der aktiven und passiven Operationswut immer häufiger geworden ist. Bekanntlich hat die Entwicklung der Chirurgie dazu geführt, daß bei vielen konstitutionellen Störungen (Gastroptose, Magenneurose, chronische Obstipation, anfallsfreie Appendizitis, unkomplizierte Retroflexio uteri) eine rein mechanische Betrachtungsweise Platz gegriffen und zu wiederholten Eingriffen Anlaß gegeben hat. Der Hergang bei dieser mechanischen Behandlungsweise ist in der Regel der, daß zunächst eine der genannten Störungen chirurgisch in Angriff genommen wird. Der Erfolg der Operation ist gewöhnlich glänzend. Sobald aber die Wirkung der Suggestion (des Zaubers) vorüber ist, sind auch die Beschwerden wieder da, und nun heißt es, neuen Rat schaffen. Der mechanisch eingestellte Mediziner denkt sofort an Adhäsionen, die von der ersten Operation zurückgeblieben sind und schreitet zur neuen Operation. Oder er nimmt an einem anderen, bisher noch nicht behandelten Organ einen mechanischen Eingriff vor. So werden manchmal in längeren oder kürzeren Abständen eine größere Reihe von Ope-

rationen vorgenommen, und die Zahl von 6 und 7 derartigen Eingriffen ist schon wiederholt erreicht worden.

Wenn nach solcher chirurgischer Vielarbeit der Bauch voller Verwachsungen ist, so kann es vorkommen, daß wirklich eine bedrohliche Störung eintritt, die mit Erbrechen, Auftreibung des Bauches, Anhalten von Winden einhergeht und von einem Darmverschluß nicht zu unterscheiden ist. Der zugezogene Praktiker hat dann ganz recht, wenn er einen Darmverschluß feststellt und chirurgische Hilfe aufsucht. Man kann aber jedem Chirurgen nur den guten Rat geben, in solchen Fällen mit einer neuen Operation recht zurückhaltend zu sein. Wer nur einige Male eine derartige Operation vorgenommen hat, weiß zu berichten von den außerordentlich schwierigen Verhältnissen, die er dabei angetroffen hat: Netz, Magen, Dünndarm, Dickdarm, Gallenblase, Uterus, Adnexe, die einen mehr, die anderen weniger im bunten Wechsel untereinander und mit der Bauchwand verwachsen, eine Orientierung auch bei größter Geduld kaum möglich. Eine Reihe von Verwachsungen wird gelöst, man glaubt seiner Pflicht genügt zu haben und schließt die Bauchwunde wieder.

In letzter Zeit habe ich mich mehr und mehr von diesen Operationen zurückgehalten. Eine saubere Beseitigung aller Verwachsungen ist in den meisten Fällen unmöglich. Die Wiederkehr der Verwachsungen unmittelbar nach der Operation ist in der Mehrzahl der Fälle durchaus sicher. Durch Wärme, Einläufe, Magenspülungen, Morphium, Atropin ist es mir wiederholt gelungen, die Kranken über die akuten Erscheinungen hinwegzubringen. Ist wirklich einmal die Gefahr so drohend, daß Luft

geschaffen werden muß, dann kommt nur entweder eine Darmfistel oder eine Enteroanastomose in Betracht.

Was in radikaler Weise für diese unglücklichen Opfer der chirurgisch-mechanischen Behandlung zu geschehen hat, ist schwer zu sagen. Sie ziehen meist von einem Chirurgen zum andern, überall Hilfe von ihren sicherlich heftigen Beschwerden suchend. Jeder Eingriff macht die Sache im allgemeinen nur schlimmer. Wenn man sich nicht zu einer Anastomose im obigen Sinne entschließen kann, so ist es immer noch das beste, durch entsprechende Diät und allgemeine Verhaltungsmaßregeln für eine Besserung der Beschwerden zu sorgen und einer Wiederkehr der Ileusanfälle vorzubeugen. Zu einer Resektion der gesamten verwachsenen Dünndarmschlingen wird man sich wohl nur schwer entschließen.

Über die Anzeigen zu einer sofortigen Operation bei Schädelverletzungen herrschen in Ärztekreisen noch vielfach irrige Anschauungen Abgesehen sei hier von den komplizierten Schädelbrüchen, bei denen bekanntlich in erster Linie die Sicherung des Wundverlaufes die Indikation abgibt. Diese Indikation ist absolut und ist in ganz anderer Weise zu stellen als diejenige, welche durch die Hirnerscheinungen allein gegeben ist.

Was die Hirnerscheinungen anbetrifft, so zwingen sie nur dann dem Chirurgen das Messer in die Hand, wenn es sich um zunehmenden Hirndruck handelt. Zunehmender Hirndruck bei Schädelverletzungen kommt im allgemeinen nur dann vor, wenn eine starke Blutung im Schädelinneren vorliegt, die in nicht sehr langer Zeit zu einer Raumbeengung innerhalb der Schädelhöhle führt. Nahezu

die einzige Ursache dieser raumbeengenden Blutung ist die Verletzung der Arteria meningea media, und darum kann man sagen: Blutung aus der zerrissenen Meningea media und zunehmender Hirndruck nach Schädelverletzungen sind im wesentlichen das gleiche. Die Steigerung der Hirndruckerscheinungen kündet sich vor allen Dingen durch die Verlangsamung des Pulses und durch das gleichzeitige Auftreten von schnell zunehmender Bewußtlosigkeit an. Überall da, wo diese beiden Zeichen nebeneinander sich finden, insbesondere, wenn sie nach einem freien Intervall auftreten, ist mit einer Meningeaverletzung zu rechnen und dementsprechend chirurgisch einzugreifen. In allen anderen Fällen, wo weder Bewußtlosigkeit noch Pulsverlangsamung besteht, ist eine Anzeige zu einem operativen Eingriff nicht gegeben. Auch bei bestehender schwerer Bewußtlosigkeit kann man, wenn weder Pulsverlangsamung, noch sonst ein Zeichen von zunehmendem Hirndruck vorhanden ist, unbedenklich zuwarten.

Eine gewisse Schwierigkeit bereitet die Frage, ob man bei starker Eindellung des Schädeldaches stets die Hebung der Knochensplitter vornehmen soll. Allgemein dürfte zu sagen sein, daß eine solche Hebung nicht dringend ist. Wenn aber die ersten Schockerscheinungen der Verletzung vorüber sind, so wird man in der Regel sich dem *Küttner'schen* Rat anschließen, die Splitterhebung nicht allzulange hinauszuschieben. Insbesondere soll man mit der Hebung der Splitter nicht abwarten, bis epileptische Erscheinungen eingetreten sind, da man dann mit der Operation fast immer zu spät kommt.

Von den chronischen Erkrankungen, bei denen der Chirurg die Frage zu entscheiden hat,

ob er die von interner oder ärztlicher Seite gewünschte Operation vornehmen soll, können hier nur einige genannt werden. Unstimmigkeiten zwischen Chirurgen und Internisten oder Praktiker können schließlich bei jedem Leiden entstehen. Auf alle Möglichkeiten kann nicht eingegangen werden. Es soll nur auf gewisse grundsätzliche Dinge offen hingewiesen werden, um eine gute Verständigung zwischen Chirurgen und Praktiker zu ermöglichen, in der Weise, wie das z. B. *Fritz König* bezüglich des Magengeschwürs wiederholt getan hat.

Von den Erkrankungen des Gehirns wird die chirurgische Hilfe zumal bei Epilepsie und bei Tumoren erbeten. Bei beiden Erkrankungen hat die Chirurgie bis jetzt große Triumphe nicht aufzuweisen. Und so sehr man in jugendlichem Drange den armen Opfern dieser Krankheiten helfen möchte, muß man leider immer wieder gestehen, daß die Erfolge der chirurgischen Tätigkeit nicht hervorragend genannt werden können.

Bei der Epilepsie hat man, darüber kann ein Zweifel nicht bestehen, einige Male durch chirurgischen Eingriff ganz wunderbare Erfolge herbeigeführt. In der Mehrzahl der Fälle ist aber dem chirurgischen Eingriff ein Dauererfolg versagt geblieben, und heute steht wohl die Mehrzahl der Internisten und Chirurgen auf demselben Standpunkt, daß bei der genuinen Epilepsie eine Operation nicht angezeigt ist. Wenn wirklich einmal eine Operation bei der genuinen Epilepsie einen Erfolg hat, so hat sie denselben in gleicher Weise erreicht, wie ihn alle möglichen anderen Hilfsmittel oder Reizmittel bei Epilepsie gelegentlich herbeiführen können. Wenn also ein Kollege bei einem Epilepsiekranken den Versuch einer Operation gemacht haben will,

so kann man ihn mit gutem Recht auf diese Erfahrungstatsache verweisen.

Etwas anderes ist es bei der sogenannten *Jackson'schen* oder Rindenepilepsie. Bei dieser Art der Epilepsie kann eine frühzeitige Behandlung nicht angelegentlich genug empfohlen werden.

Gehirntumoren sind ein noch sehr umstrittenes Gebiet. Wenn man als älterer Chirurg seine Erfahrungen bei der Behandlung von Gehirntumoren überblickt, so muß man mit großem Bedauern feststellen, daß die viele Mühe und Arbeit, die man auf deren Behandlung verwendet hat, sich vielfach nicht gelohnt hat. Neben einigen, zweifellos sehr erfreulichen Erfolgen auch sehr viele Enttäuschungen. Die Mißerfolge berechtigen natürlich in keiner Weise, die chirurgische Behandlung der Gehirntumoren aufzugeben, sie müssen uns im Gegenteil anspornen zu versuchen, durch möglichst frühe Diagnose und Verbesserung der Technik den Kranken mit Gehirntumoren doch noch Hilfe zu bringen. Einen bei Zeiten diagnostizierten Gehirntumor, dessen Sitz für die Operation günstige Aussichten bietet, wird jeder Chirurg gerne behandeln.

Wie glänzend die Resultate unter solchen Umständen werden können, zeigen die Erfolge der Amerikaner, zumal *Cushings*.

Wie die Dinge bei uns liegen, kommt die Inanspruchnahme des Chirurgen leider vielfach zu spät. Entweder wird die Diagnose nicht zeitig gestellt, oder es werden zunächst alle möglichen anderen Behandlungsversuche angewandt, und wenn schließlich das Sehvermögen infolge der Stauungspapille verloren ist, soll der Chirurg noch helfen. In solchen Fällen ist es meistens sehr schwer, den Wünschen der zuziehenden Kollegen entgegenzu-

kommen und einen Versuch der Operation zu machen. Wenn der Tumor noch exstirpierbar erscheint, so kann man trotz Verlust der Sehkraft eine Radikaloperation noch wagen. Wenn es sich aber um einen nicht lokalisierbaren Tumor handelt, und wenn die Operation nur deswegen vorgenommen werden soll, um eine Entlastung herbeizuführen, so habe ich bei nicht mehr zu rettendem Sehvermögen die Operation meistens abgelehnt. Bei inoperablem Tumor und bei verlorener Sehkraft kann auch die größte Kollegialität eine Dekompressivoperation nicht mehr rechtfertigen.

Die Erfolge, die in neuerer Zeit von dem Röntgenlicht berichtet werden, lassen gerade in solchen Fällen einen Versuch mit der Strahlenbehandlung gerechtfertigt erscheinen.

Die Anschauungen über die Heilbarkeit der Tuberkulose haben sich auch in chirurgischen Kreisen so geändert, daß eine operative Beseitigung der tuberkulösen Herde nur noch selten als richtig angesehen wird. Wie kürzlich *H. Dürck* sehr richtig ausgeführt hat, muß die Aufgabe des Chirurgen darin bestehen, die zelligen Bausteine des Tuberkels, die sich von den mesenchymalen Zellen ableiten, zur Vollendung ihres physiologischen Entwicklungszyklus und damit zur Ausreifung und Produktion fertigen, faserreichen Bindegewebes anzuregen. Jeder Tuberkelherd kann ausheilen, und die meisten heilen vollkommen aus. Das beweist am besten der Umstand, daß der größte Teil der Menschen, die ja nahezu alle im Verlaufe ihres Lebens einmal tuberkulös erkranken, später von Tuberkulose frei bleibt. Und wenn man als Chirurg im Laufe einer langen Tätigkeit sieht, wie die größten Drüsentumoren restlos verschwinden, wie dick geschwollene

Gelenke sich zur Norm zurückbilden, wie die ausgedehnten Aussaaten von großen und kleinen Tuberkelknoten auf dem Peritoneum bei einer späteren Laparotomie sich spurlos ausgeheilt zeigen, so muß auch der größte Skeptiker einsehen, daß gegenüber dieser wunderbaren Heilkraft der Natur unser menschliches Arbeiten mit Messer und Schere nur widersinnig erscheinen kann.

Leider ist diese Tatsache von der Selbstheilung der Tuberkulose einer großen Zahl von Ärzten noch nicht zum Bewußtsein gekommen. Die Chirurgen werden immer wieder gebeten, eine tuberkulöse Drüse zu entfernen, einen tuberkulösen Senkungsabszeß aufzuschneiden oder eine tuberkulöse Fistel auszukratzen. Alle genannten Manipulationen müssen als falsch erklärt werden. Unter geeigneter, abwartender und kräftigender Behandlung heilen Drüsen, Abszesse, Fisteln besser aus als unter dem Messer. Und wenn der Chirurg von einem Kollegen um eine derartige Operation angegangen wird, so darf er auf Grund der ihm bekannten Tatsachen nicht müde werden, den Kollegen von der Unrichtigkeit der verlangten Behandlung zu überzeugen. Es würde durchaus falsch sein, in einem solchen Falle aus falscher Kollegialität dem Ersuchen des betreffenden Arztes nachzugeben.

Daß das Karzinom, wo es auch sitzen möge, möglichst bald dem Chirurgen zur Operation zuzuführen ist, darüber herrscht heute völlige Übereinstimmung. Wenn wir von einzelnen Karzinomen (Oesophagus) absehen, so ist jedes Karzinom bei früher Erkennung mit verhältnismäßig guter Aussicht auf Erfolg ausrottbar.

Leider liegen die Verhältnisse bei uns so, daß der Chirurg vielfach erst zugezogen wird, wenn eine

Hilfe nicht mehr möglich ist. Wie oft wird man in den Endstadien eines Magenkarzinoms, eines Mastdarmkarzinoms, eines Zungenkarzinoms von den Ärzten gebeten, doch noch den Versuch eines Eingriffes zu unternehmen, oder unter Umständen wenigstens den Probeschnitt zu machen. Der erfahrene Chirurg wird von diesen Operationsversuchen mehr und mehr zurückkommen, selbst auf die Gefahr hin, in den Reihen der Praktiker als rückständig und ängstlich angesehen zu werden. Hat man bei einem Magenkarzinom auf Grund der Erscheinungen und des Röntgenbildes die feste Überzeugung, daß eine Exstirpation ausgeschlossen ist, so soll man den armen Kranken mit den Aufregungen eines operativen Eingriffes nicht mehr quälen. Ebenso soll man bei einem Fall von Darmkarzinom, wo mit Wahrscheinlichkeit Metastasen in anderen Organen vorhanden sind, einen Probeschnitt nicht mehr ausführen. Man muß in solchen Fällen den Mut haben, den Bitten, gerade den Kollegen gegenüber fest zu bleiben und darf sich nicht durch ein falsches Nachgeben zu einer nutzlosen Operation entschließen. Die Fälle, wo ein bei ungünstiger Sachlage unternommener Probeschnitt doch noch ein operables Karzinom aufweist, sind gegenüber den aussichtslosen Fällen ganz außerordentlich selten.

Das Magengeschwür, oder besser die Magengeschwürkrankheit, hat in den letzten Jahren die Beziehungen der Praktiker und Chirurgen vielfach beeinflußt. Bei den wunderbaren Erfolgen, die aus großen, chirurgischen Anstalten von der Operation des Magengeschwürs gemeldet wurden, konnte es nicht ausbleiben, daß die Praktiker und Internisten mehr und mehr für ihre Magengeschwürkranken um chirurgische Hilfe nachsuchten. Ob in

der Erfüllung der internen Wünsche manche Chirurgen zu weit gegangen sind, soll heute hier nicht untersucht werden. Tatsache ist jedenfalls, daß an jeden Chirurgen von interner Seite, man darf ruhig sagen außerordentlich häufig, entweder die Frage ergeht, ob nicht die chirurgische Behandlung eines Magengeschwürkranken angezeigt sei, oder geradenwegs das Ersuchen gestellt wird, nach wiederholten erfolglosen inneren Kuren durch einen chirurgischen Eingriff den betreffenden Kranken nun endlich zu heilen.

Für den Chirurgen ist es sehr schwer, gegenüber diesen Bitten fest zu bleiben, und doch erfordert es das Interesse des Kranken, mit einer Operation möglichst zurückhaltend zu sein und einen Eingriff nur dort vorzunehmen, wo unheilbare Zustände bestehen. *Fritz König* hat auf diese Verhältnisse in verdienstvoller Weise hingewiesen. Er hat einmal hervorgehoben, daß die Diagnose des Magengeschwürs trotz aller Fortschritte immer noch verbessert werden kann, und daß ferner ausgesprochene Magengeschwüre unter abwartender Behandlung vollkommen ausheilen können. Von 15 ihm zur Operation zugewiesenen Magengeschwürkranken wurden 11 in der medizinischen Klinik so weit wieder hergestellt, daß sie nahezu beschwerdefrei entlassen werden konnten.

Je mehr man sich mit diesen Dingen beschäftigt, und je mehr man im regen Wechselverkehr mit erfahrenen Internisten die beste Art der Magengeschwürbehandlung festzulegen versucht, desto mehr zurückhaltend wird man gegenüber der chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs um jeden Preis. Diesen Standpunkt den die chirurgische Behandlung verlangenden Kollegen zu erklären, ist nicht immer

ganz einfach. Und es ist ja auch eigentümlich, daß man als Chirurg, wo man früher die Ärzte oft zu einer chirurgischen Einstellung bekehren mußte, nun fast die Pflicht hat, abzubauen und die bekannten Kollegen auf eine allgemeine ärztliche Auffassung ihrer Stellung gegenüber dem Magengeschwür zurückzuführen.

Es geht hier, wie an vielen Stellen der Medizin: vor lauter Technik, Mechanik und örtlichen Störungen haben wir den Sinn für das große Ganze verloren. Wir sehen nur den gestörten Betrieb an den Erfolgsorganen und übersehen die in dem zentralen Motor zustande gekommene Unordnung (*E. Liek*). Mit Recht spricht man heute nicht mehr vom Magengeschwür, sondern von der Magengeschwürkrankheit. Das kleine, winzige Duodenalgeschwür oder Geschwür der kleinen Kurvatur ist gar nicht die Krankheit, die wir zu behandeln haben. Es ist nur der Ausdruck einer Störung, deren Sitz wir leider erst unvollkommen kennen. Es erscheint oft nicht zu rechtfertigen, wegen einer solchen kleinen Störung einen großen Eingriff vorzunehmen, der nicht nur mit Lebensgefahr verbunden ist, sondern auch zu den bedenklichsten, dauernde Beschwerden verursachenden Störungen (Adhäsionen, Hernien, Jejunalgeschwür) Anlaß geben kann.

Die ideale Heilung der Magengeschwürkrankheit muß auf ganz andere Weise geschehen als durch das Messer des Chirurgen. Selbstverständlich kann die Perforation eines Magengeschwürs, die Ulkusstenose, die dauernde Ulkusblutung nur durch einen operativen Eingriff bekämpft werden. Die Erfahrung lehrt aber, daß unter entsprechenden allgemeinen und örtlichen Vorschriften nicht nur leichte, sondern auch schwere Fälle von Magen-

geschwür restlos geheilt werden können. Ich habe es früher selbst nicht geglaubt, habe mich aber doch überzeugt, daß auch Magengeschwüre mit deutlicher Nischenbildung vollkommen ausheilen können. Und wenn mir in neuerer Zeit ein sonst sehr chirurgisch eingestellter und sehr geschätzter Internist sagt, daß er alle seine Ulzera mit gutem Erfolg auf internem Wege heile und von der Operationsempfehlung mehr und mehr zurückkomme, so muß ich der Anschauung dieses Kollegen mich wenigstens zum Teil anschließen.

Wir gehen von ganz falschen Vorstellungen aus, wenn wir einen Kollegen, der uns um die Operation eines Magengeschwürs ersucht, dadurch stützen zu müssen glauben, daß wir den verlangten Eingriff alsbald vornehmen. Wir müssen mit jedem Kollegen, der in einem solchen Falle zu uns kommt, die Diagnose und die Prognose der Erkrankung genau durchsprechen und alle Möglichkeiten des weiteren Verlaufes sorgfältig erörtern. Dann werden wir mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer weisen Zurückhaltung in unserer Operationsneigung gelangen, werden aber sicher für den Kranken das Beste auswählen und den betreffenden Kollegen in seiner Stellung gegenüber dem Kranken mehr festigen, als wenn wir eine Operation vornehmen, deren Erfolg uns heute noch keineswegs sicher erscheint.

Die im vorstehenden niedergelegten Betrachtungen betreffen einen großen Teil der Sorgen, die den praktischen Chirurgen heute bei der Beratung seiner Kranken erfüllen. Der Chirurg kann nicht nur nach ganz bestimmten, exakten Anhaltspunkten seine Entscheidung treffen. Er muß sich oft den besonderen Verhältnissen jedes Falles unterordnen. Er muß über eine große Summe von praktischer

Erfahrung verfügen, muß ein gutes Herz für seine Kranken haben und muß dabei darauf bedacht sein, den Kollegen, mit denen er zusammenarbeitet, die Bedeutung der chirurgischen Behandlung darzulegen. Überall da, wo sich die chirurgische Behandlung glatt und einwandfrei dem Wohl des Kranken anpaßt, muß sie ausgeführt werden. Wo es sich aber nur darum handelt, den betreffenden Kollegen zu stützen oder seinem Drängen nachzugeben, da gerät die Chirurgie auf Abwege, die den Anschauungen einer wahren Kollegialität zuwiderlaufen. So hoch die Kollegialität auch vom Chirurgen in seinem Verkehr mit den Praktikern und Internisten einzuschätzen ist, der einzige, Ziel und Richtung gebende Maßstab bleibt immer nur das Wohl der unsere Hilfe in Anspruch nehmenden Kranken.

Krankenhausarzt und praktischer Arzt.

Die Zahl der Krankenhäuser ist trotz der Not der Zeit in unserem deutschen Vaterland noch immer in Zunahme begriffen. Auch die kleinsten Gemeinwesen wollen vielfach ein stattliches, allen modernen Anforderungen entsprechendes Krankenhaus besitzen. Der Zug der Menschheit ins Krankenhaus wächst mehr und mehr.

Die Kranken wissen, daß sie dort gut verpflegt werden. Die frühere Scheu vor der Krankenhausbehandlung ist verschwunden.

Den praktischen Ärzten geht auf diese Weise sicherlich eine recht beträchtliche Anzahl von Kranken verloren. Das ist bedauerlich, aber kaum zu vermeiden. Eine große Reihe der verschiedensten Erkrankungen läßt sich nur in einem Krankenhaus

behandeln. Man denke nur an die Fälle von schwerem Diabetes, von zahlreichen Infektionskrankheiten, von vielen Nerven- und Geisteskrankheiten. Die moderne Behandlung der Paralyse läßt sich nur in einem Krankenhause durchführen. Auch die Geburtshilfe kann vielfach nur in einer Krankenanstalt ausgeübt werden. Wer mag eine Schnittentbindung im Privathause vornehmen? Von Düsseldorf wurde kürzlich erzählt, daß mehr als die Hälfte aller Kinder in Entbindungsanstalten zur Welt kommen. Wenn man die Geburtsanzeigen unserer Zeitungen liest, so findet man als Ort der Entbindung gewöhnlich „Privatklinik Dr. *X*. . . .“ angeführt.

Und nun gar die chirurgischen und gynäkologisch-operativen Erkrankungen. Es gibt wohl keinen Operateur mehr, der einen Eingriff, auch nur leichten Grades, in der Wohnung des Patienten ausführt. Die Bequemlichkeit und die Sicherheit, die dem Arzt das Krankenhaus bieten, überwiegen alle anderen Rücksichten.

Mit diesem Zug der heutigen Menschheit ins Krankenhaus muß der Praktiker rechnen. Er muß sich damit abfinden, daß ein großer Teil seiner Kranken die Krankenhausbehandlung verlangt, und er wird sicher gerne alle schwierigen Fälle einem geordneten Krankenhausbetriebe zuführen.

Bei allen besonders wichtigen oder verwickelten Krankheitsfällen wird der Arzt, wenn es seine Zeit erlaubt, gut tun, den Kranken persönlich in das betreffende Krankenhaus zu bringen. Er kann mündlich alle von ihm gemachten Beobachtungen den Krankenhausärzten mitteilen und kann angeben, welche besonderen Umstände ihm eine Krankenhausbehandlung haben zweckmäßig erscheinen lassen. Handelt es sich um dringende chirurgische Fälle, die

eine sofortige Operation benötigen, so wird es dem Krankenhausarzt willkommen sein, die Operation sofort in Gegenwart des behandelnden Arztes vorzunehmen. Bei der Teilnahme an der Operation wird der Praktiker in bester Weise die Erklärung für alle von ihm beobachteten Erscheinungen finden; er wird dabei häufig Anregung und Belehrung gewinnen.

Vielfach hat sich zwischen Krankenhausarzt und behandelndem Arzt ein so angenehmes Verhältnis ausgebildet, daß der behandelnde Arzt die regelmäßige Assistenz bei den betreffenden Operationen übernimmt. Das kann in beiderseitigem Interesse nur begrüßt werden. Zumal bei kleinen Anstalten, an denen ein Assistent nicht vorhanden ist, kann eine solche Zusammenarbeit nur erwünscht sein. In größeren Krankenanstalten, an denen eine gewisse Mechanisierung des Betriebes besteht und wo alles glatt ineinandergreifen muß, ist es für einen fremden Arzt oft schwer, sich schnell in die entsprechenden Regeln und Vorschriften hineinzufinden. Hier muß die Frage der Assistenz der persönlichen Vereinbarung überlassen werden.

Die Aufrechterhaltung der Fühlung zwischen behandelndem Arzt und Krankenhausarzt muß, solange der betreffende Kranke im Krankenhaus weilt, in allseitigem Interesse mit Nachdruck angestrebt werden. Das geeignetste Mittel dazu sind persönliche Besuche des Praktikers. Jedem Krankenhausarzt kann es nur erwünscht sein, wenn der Hausarzt häufig erscheint, um sich über den Verlauf der Erkrankung zu unterrichten und Anregungen für die weitere Behandlung zu empfangen. Der Krankenhausarzt wird dem Kollegen gern entweder selbst jede Auskunft geben oder durch einen Assistenzarzt geben lassen. Dabei wird die Einhaltung

eines von echtem kollegialem Geiste getragenen Zusammenarbeitens beiden Teilen nur willkommen sein.

Ein individuelles Eingehen auf die Persönlichkeit des Hausarztes kann dem Krankenhausarzte nur dringend empfohlen werden. Mancher will einen ausführlichen Bericht über das Befinden des Kranken haben, mancher will alles selbst beobachten und sich selbst seine Meinung bilden. Mancher will, daß der Anstaltsarzt ihn zu dem Kranken begleitet, mancher will lieber beim Kranken allein sein. Eines schickt sich nicht für alle. Individualisieren ist auch hier das Beste.

Wenn persönliche Besuche im Krankenhause wegen der großen Entfernung und wegen des Zeitverlustes dem Praktiker nicht möglich sind, so bleibt als Ersatz die fernmündliche und die schriftliche Verbindung. Krankenhaus und Praktiker müssen beide in gleicher Weise bemüht sein, in engen Beziehungen über das Ergehen ihrer Kranken zu bleiben.

Die Hauptaufgabe wird in dieser Beziehung dem Krankenhausarzt zufallen. Ebenso wie nach der deutschen Standesordnung der Facharzt angehalten sein soll, den Praktiker über die zugewiesenen Kranken auf dem laufenden zu halten, so muß es auch der Krankenhausarzt als eine wichtige Aufgabe ansehen, mit dem Praktiker, der ihm vertrauensvoll seine Kranken überweist, enge Verbindung zu pflegen. Der Praktiker hat ein Recht darauf, zu erfahren, welche Diagnose in der Krankenanstalt gestellt worden ist, welche Behandlung eingeleitet worden und wie der Verlauf gewesen ist. Zumal von operativen Eingriffen muß dem zuweisenden Arzt baldigst ein genauer Bericht zugeleitet werden. Die Ergebnisse mikroskopischer, serologischer und bakteriologischer

Untersuchungen sollen baldigst dem behandelnden Arzte gemeldet werden.

Es ist kein Zweifel, daß diese Tätigkeit den Krankenhausarzt in erheblicher Weise belastet. Ich kann nur aus eigener Erfahrung mitteilen, daß aus meiner kleinen Privatklinik (60 Betten) täglich nahezu 20 Briefe hinausgehen, und daß es Tage gibt, wo diese Zahl auf 30 und 40 steigt; ganz abgesehen von den fernmündlichen und fernschriftlichen Auskünften. Ein solch reger Verkehr lohnt sich aber außerordentlich. Der behandelnde Arzt ist jederzeit im Bilde über das Ergehen seines Kranken und kann nach der Rückkehr des Patienten in seine Wohnung mit viel größerer Sicherheit die weitere Beratung fortführen; er wird aus den ihm gewordenen Mitteilungen vielfache Anregung und Belehrung schöpfen. Auch wird er mit dem Krankenhaus, das ihm in dieser Weise genaue Auskunft gibt, gern weitere Verbindungen aufrechterhalten.

In großen Anstalten muß dieser Verkehr selbstverständlich durch die Oberärzte und Assistenzärzte geleitet werden. Der Chefarzt soll es aber nie versäumen, diesem Teil des Krankenhausbetriebes seine besondere Aufmerksamkeit zu widmen und soll in die Berichterstattung regelmäßig persönlich Einsicht nehmen. Ich denke da immer an einen vielgenannten Regierungspräsidenten, der aus den sämtlichen Abteilungen seiner Direktoren und Regierungsräte kein Schriftstück herausgehen ließ, das bei ihm nicht, wie er sagte, „durchgelaufen“ war.

Wenn der Praktiker auf eine derartige Berichterstattung Wert legt, so muß er auch seinerseits das Krankenhaus von der Diagnose und Behandlung seiner Kranken bestmöglichst unterrichten. Von der Wichtigkeit der persönlichen Einweisung wurde

schon gesprochen. Ist eine solche nicht möglich, so sollte jeder Arzt dem Krankenhaus einen kurzen Bericht über den eingewiesenen Kranken mitsenden, damit die Krankenhausärzte einen Einblick in den bisherigen Verlauf und in die frühere Behandlung der Krankheit erhalten. Und ebenso sollte er einige Zeit nach Rückkehr des Kranken dem Krankenhausarzt Bericht über das weitere Ergehen des Kranken erstatten. In der heutigen Zeit, wo der Arzt durch schriftliche Arbeiten in wirklich ungeheurem Maße belastet ist, kann man nicht verlangen, daß der Praktiker auf die ausführlichen Anstaltsberichte erwidert. Aber ein kurzer Bericht über das weitere Ergehen von besonders wichtigen und bemerkenswerten Fällen wird dem Krankenhaus immer von größtem Werte sein.

Wenn so durch regelmäßigen schriftlichen Verkehr der Zusammenhang zwischen Praktiker und Krankenhaus aufrechterhalten wird, so wird es nicht schwierig sein, bei etwa entstehenden Gegensätzen sich auf eine gemeinsame Linie zu einigen. Bei der Schwierigkeit der Beurteilung mancher Fälle kann es nicht ausbleiben, daß der Praktiker hin und wieder sich in der Diagnose eines Krankheitsfalles oder in der Indikation zu einer bestimmten Behandlung täuscht. Gibt er dem Kranken eine, wenn auch nur kurze Mitteilung mit, so werden die Krankenhausärzte in kollegialer und sorgfältiger Weise den Bericht berücksichtigen, auch wenn sie anderer Meinung sind.

Auf diese Weise können am besten alle unangenehmen Mißstimmungen zwischen Praktiker und Krankenhaus verhütet werden. Leider muß man ja aus den Reihen der Praktiker nicht gerade selten hören, daß die Krankenhausärzte sich weg-

werfend über ihre Diagnose und ihre Behandlung geäußert hätten. Was kann man in dieser Weise nicht alles erleben! Ich halte streng darauf, daß in meiner Anstalt nie irgendwelche Kritik an der bisherigen Behandlung geübt wird und weise in regelmäßigen persönlichen Besprechungen immer wieder auf diesen Punkt hin. Und doch beklagen sich manchmal Kollegen bei mir, daß von seiten meines Personals Ausdrücke gefallen wären: „Da hätten Sie früher kommen sollen", „da sind Sie ganz falsch behandelt worden", „da hätte schon längst eine Röntgendurchleuchtung gemacht werden sollen" und ähnliches.

Wenn sich auch nicht leugnen läßt, daß gelegentlich ein ungeschickter junger Assistent oder eine unerfahrene Schwester derartige Äußerungen tut, so scheint mir ein derartiges Vorkommen doch äußerst selten zu sein. Ich bin diesen Dingen wiederholt nachgegangen und habe dabei meistens festgestellt, daß es sich um ein Mißverständnis gehandelt hat. Der Hergang ist gewöhnlich so: der Kranke und dessen Angehörige sind mit der bisherigen Behandlung unzufrieden. Sie fragen den Krankenhausarzt oder eine Schwester: „Gelt, da hätte schon längst das und das geschehen sollen", oder: „Nicht wahr, ich bin ganz falsch behandelt worden?" Wenn auf eine derartige Äußerung der so Angeredete nicht eine unbedingt zurückweisende Antwort gibt: „Das ist ja ausgeschlossen" oder „Reden Sie doch nicht solchen Unsinn", so ist schon für den Kranken die Sache erledigt, und er ist der festen Anschauung, daß seine Meinung richtig sei. Er hat dann nichts Eiligeres zu tun, als auf irgendeine Weise seinem bisherigen Arzt wissen zu lassen, daß dessen Behandlung vollkommen falsch gewesen sei.

Fehlerhafte und unkollegiale Äußerungen kommen sicherlich immer wieder vor. Nicht jeder junge, frisch aus der Klinik daherkommende Assistent weiß in diesen schwierigen kollegialen Dingen gleich den richtigen Weg zu finden. Aber jeder Anstaltsarzt hat seine Assistenten von Zeit zu Zeit streng darauf hinzuweisen, daß sie sich jeder ungünstigen Äußerung über die bisherige Behandlung zu enthalten haben, und daß sie vor allen Dingen auch alle verächtlichen Redensarten der Kranken über die Behandlung des bisherigen Arztes mit Bestimmtheit zurückzuweisen haben.

Dabei soll nicht geleugnet werden, daß es einem Krankenhausarzte manchmal schwer wird, mit seinem Urteil zurückzuhalten. Wenn ein Kranker mit inoperabel gewordenem Mastdarmkrebsgeschwür glaubhaft erzählt, daß er von 12 Ärzten untersucht worden sei, und daß 11 es nicht für nötig gehalten hätten, seinen Mastdarm mit dem Finger abzutasten und daß der 12., der diese Untersuchung vorgenommen habe, von „blinden Hämorrhoiden" gesprochen habe, so bedarf es schon einer guten Dosis Selbstzucht, um seinem heiligen Zorn über die Vernachlässigung der allergewöhnlichsten Untersuchungspflicht nicht Luft zu machen. Oder wenn ein Kranker mit Darmverschluß nach eitriger Appendizitis in die Anstalt kommt mit der Angabe, daß er schon vor 14 Tagen mit Bauchschmerzen erkrankt und von seinem Arzt ständig mit warmen Umschlägen behandelt worden sei, so fällt es auch dem Besterzogenen manchmal schwer, die durch die Kollegialität gebotenen Grenzen einzuhalten.

Glücklicherweise sind derartige Fälle große Ausnahmen. In der Regel handelt es sich um harmlose Meinungsverschiedenheiten.

Meinungsverschiedenheiten werden ja nicht selten sein. Bei der zunehmenden Neigung nicht nur der Praktiker, sondern auch des Publikums, in all denjenigen Fällen, wo die innere Behandlung nicht zum Ziele führt, einen chirurgischen Eingriff als wünschenswert zu bezeichnen, werden den chirurgischen Abteilungen manchmal Patienten zugewiesen, bei denen der betreffende Krankenhausarzt einen Eingriff ablehnen zu müssen glaubt.

Die Mehrzahl dieser Kranken stellt die große Menge der unheilbaren Karzinome. Wenn bei einem Magen- oder Dickdarmkarzinom eine innere Behandlung nicht zum Ziele geführt hat, wenn auch die Bestrahlungstherapie nichts erreicht hat, so wird oft noch an den Chirurgen die Forderung gestellt, mit dem Messer zu helfen. Unser Können ist ja zweifellos größer geworden, und vor allen Dingen eröffnet die Diathermieoperation auch den bisher als inoperabel geltenden Karzinomen neue Aussichten auf Heilung. Aber vielfach werden wir bei den vorgeschrittenen Karzinomen unsere Unfähigkeit erklären und gestehen müssen, daß eine Operation nicht möglich ist. Bei ausgedehnten Verwachsungen, bei Lebermetastasen, bei großer Hinfälligkeit des Kranken einen Operationsversuch zu unternehmen, kann nicht verantwortet werden.

Was soll man in solchen Fällen den armen Kranken und ihren Angehörigen sagen? Das Wichtigste ist in einem solchen Falle stets die psychische Schonung des Kranken. Dem Kranken darf man es nie wissen lassen, daß ihm nicht zu helfen sei. Versteht man es, ihm über die Art seiner Erkrankung einige leicht verständliche und beruhigende Aufklärungen zu geben, so kann man einer solchen Erklärung ohne Schwierigkeit hinzufügen, daß man

die Heilung auch ohne Operation versuchen könne, und daß man noch eine Reihe von inneren Mitteln zur Verfügung habe, um auf unblutigem Wege die Krankheit zu beseitigen. Einige Tage symptomatischer Anstaltsbehandlung haben oft eine wunderbare suggestive Wirkung. Viele unheilbare Kranke verlassen beruhigt und getröstet die Anstalt. Ein einsichtsvoller Praktiker wird gern die seelische Behandlung dieser Kranken zu Hause fortsetzen. Dabei darf es sich allerdings nicht ereignen, daß der dem Praktiker von der Anstalt zugegangene Brief, in welchem die Unheilbarkeit des Leidens und die Aussichtslosigkeit jeder Therapie dargelegt wird, dem Kranken und dessen Angehörigen bekanntgegeben wird. Auch in dieser Beziehung ist ein verständnisvolles Zusammenarbeiten zwischen Praktiker und Krankenhausarzt notwendig.

Manchmal wird ein bestehendes inneres Leiden oder das zu hohe Alter des Kranken, den von dem zuweisenden Arzt angeregten Eingriff abzulehnen, ratsam erscheinen lassen. Auch in solchen Fällen wird es keine Schwierigkeit machen, den Kranken in richtiger Weise zu beraten und gleichzeitig dem Kollegen den abweichenden therapeutischen Standpunkt in höflicher, kollegialer Weise darzulegen. Mit gutem Willen auf allen Seiten lassen sich alle Unannehmlichkeiten leicht vermeiden. Die Indikationen für die Behandlung mancher Erkrankungen sind nicht so festgelegt, daß in jedem Falle bestimmte Regeln aufgestellt werden können. Man denke nur an gewisse chronische Erkrankungen: an Bauchfelltuberkulose, Epilepsie, Lungentuberkulose, Struma, Basedow, Magengeschwür, Hodentuberkulose, Trigeminusneuralgie. Daß bei der Indikation zur Operation dieser Erkrankungen hin und wieder Meinungs-

verschiedenheiten sich einstellen können, ist ganz natürlich.

So sehr dem chirurgischen Anstaltsarzt daran gelegen sein muß, bei den ihm bekannten Ärzten die Überzeugung von der Bedeutung der Chirurgie gegenüber zahlreichen Erkrankungen wachzuerhalten, so darf er doch nie eine Operation übernehmen, von der er für seinen Kranken Nachteile befürchtet. So wird er hin und wieder in der Indikationsstellung von den Anschauungen der zuweisenden Kollegen abweichen. Dem Kranken muß diese abweichende Meinung unbedingt vorenthalten bleiben. Vor allen Dingen darf der Kranke nie den Eindruck gewinnen, daß sein bisheriger Arzt eine unzweckmäßige Behandlung empfohlen habe. Mit kollegialem Takt und in gegenseitigem Zusammenarbeiten wird es möglich sein, die Entscheidung über die einzuschlagende Behandlung in einer solchen Weise zu treffen, daß der Kranke in seinem Glauben an die Zuverlässigkeit seines Arztes in keiner Weise erschüttert wird. Das bleibt immer die Hauptsache, im gegenseitigen Einvernehmen das Vertrauen zu dem ärztlichen Können zu erhalten und zu stärken. Ein solches Verfahren sichert in bester Weise den Erfolg der Behandlung, auch bei unheilbaren Leiden.

Darf man in der Sprechstunde Kranke anderer Ärzte beraten und behandeln?

Die Frage, wie die Ärzte sich zu verhalten haben, wenn Kranke anderer Ärzte zur Untersuchung in die Sprechstunde kommen, stellt uns nahezu täglich vor neue Probleme. Glaubt man nach vielen erfreulichen und unerfreulichen Erfahrungen endlich allen Mög-

lichkeiten gewachsen zu sein, so wird man immer wieder über die Unzulänglichkeit der angeblich erworbenen Weisheit belehrt.

Erst kürzlich erzählte mir ein Kollege, daß er nach der Sprechstundenberatung einer Herzkranken dem Hausarzte der Patientin in höflicher Weise von der Tatsache der Untersuchung Mitteilung gemacht habe, ihm seinen Befund dargelegt und entsprechende Vorschläge für die Therapie gemacht habe; am folgenden Tage habe er dann folgende Antwort erhalten: „Ich bestätige den Empfang Ihres Briefes. Ich habe Sie weder um einen Befundbericht, noch um einen Behandlungsvorschlag der Frau X. gebeten ....

Hochachtungsvoll Dr. N."

Vor einigen Jahren konsultierte mich eine in der Nähe von Berlin lebende Kranke wegen einer schon mehrere Jahre bestehenden Cholelithiasis. Ich empfahl die Operation und nahm dieselbe in meiner Anstalt vor. Um meiner kollegialen Pflicht nachzukommen, sandte ich dem Arzt, der die Kranke früher behandelt hatte, sofort einen Operationsbericht. Drei Monate später erhielt ich von dem Kollegen eine Zuschrift, in der er mir seinen Tadel über mein Verhalten ausdrückte und mir vorwarf, daß ich die Grenzen der chirurgisch gebotenen Nächstenliebe beinahe überschritten hätte.

Diese und andere Erlebnisse wurden für mich Veranlassung, die Frage, wie man sich in ähnlichen Fällen zu verhalten habe, nochmals zu prüfen und zu versuchen, gewisse Grundsätze für solche oft schwierige Lagen aufzustellen.

Der Paragraph 11 der Standesordnung für die deutschen Ärzte bestimmt: „In seiner Wohnung darf der Arzt jedem Kranken Rat erteilen"; man darf

wohl annehmen, daß unter Wohnung auch Krankenanstalt zu verstehen ist. Weiterhin bestimmt der Paragraph 16: „Praktische Ärzte, Fachärzte und Krankenhausärzte müssen aufeinander Rücksicht nehmen und kollegial zusammenarbeiten. Der Facharzt soll bei voraussichtlich längerer Behandlung oder vor größeren Eingriffen darauf dringen, daß der regelmäßige Berater (Hausarzt) benachrichtigt oder zugezogen wird."

Wenn auf Grund dieser Bestimmung die Beratung in der Sprechstunde auch vollkommen freigegeben ist, so soll dabei doch die kollegiale Rücksichtnahme sorgfältig gewahrt bleiben. Wie weit diese kollegiale Rücksichtnahme im einzelnen Falle zu gehen hat, das wird nicht immer so leicht zu entscheiden sein, bedarf aber doch der größten Aufmerksamkeit. Zunächst etwas rein Technisches: in vielen Fällen ist es ganz unmöglich, den Namen des bisherigen Arztes festzustellen; ein Teil der Kranken gibt an, in der letzten Zeit überhaupt nicht behandelt worden zu sein, und ein anderer Teil weigert sich bestimmt, den betreffenden Arzt zu nennen. Bei mir ist es Vorschrift, daß bei jedem neu zugehenden Kranken der Name des bisherigen Arztes in ein eigenes Buch eingetragen wird. Trotz aller Mühe und trotz aller Gewissenhaftigkeit muß die betreffende Rubrik leider oft unausgefüllt bleiben.

Wie weit die Pflicht zur Benachrichtigung des bisherigen Arztes geht, wird von verschiedenen Dingen abhängig sein. Es ist als selbstverständlich hinzustellen, daß eine solche Benachrichtigung immer in solchen Fällen erfolgt, in denen die betreffenden Kranken von ihrem bisherigen Arzt zu einer Untersuchung unmittelbar hergeschickt sind und entweder eine schriftliche Mitteilung vorlegen oder

den bestimmten mündlichen Auftrag ausrichten. In solchen Fällen handelt es sich fast immer um solche Ärzte, mit denen der frisch konsultierte Arzt in beruflicher oder freundschaftlicher Beziehung lebt. Daß über solche Patienten unmittelbar ein entsprechender Bericht abgesandt wird, ist kollegiale Pflicht und bedarf keiner weiteren Besprechung. Eine gewisse Vorsicht soll nur für diejenigen Fälle empfohlen werden, bei denen der Kranke nur von einer mündlichen Überweisung spricht. Hier ist Vorsicht am Platz, und im Zweifelsfalle empfiehlt es sich, durch eine telephonische Anfrage sich von der Richtigkeit der Überweisung zu versichern.

Eine solche telephonische Rückfrage ist auch immer dann zu empfehlen, wenn der Kranke ohne Auftrag des anderen Arztes erscheint. Es würde die Beziehungen zwischen zwei beruflich sich nahestehenden Ärzten stören, wollte der Kranke sich so ohne weiteres von einem anderen Arzte untersuchen und beraten lassen. Bei gut bekannten Ärzten soll man sich immer der Zustimmung des anderen versichern.

Liegen nähere berufliche und kollegiale Beziehungen nicht vor, so wird die Verständigung des früheren Beraters im wesentlichen von der Art der Erkrankung abhängen. Für alle in Betracht kommenden Möglichkeiten bestimmte Regeln aufzustellen, dürfte kaum angängig sein. Gewisse Anhaltspunkte müssen sich aber gewinnen lassen.

Bei akuten Erkrankungen soll der vorbehandelnde Arzt in jedem Falle verständigt werden. Nehmen wir den Fall einer Halsentzündung, die beim Dr. *X*. in der Sprechstunde am selben Tage als harmlose Angina bezeichnet wurde, und die sich beim Dr. *Y*. am Nachmittag als richtige Diphtherie her-

ausstellt. Bei einer solchen Sachlage ist eine sofortige telephonische Verständigung unbedingt notwendig. Eine Einigung über die weitere Behandlung muß nach den entsprechenden Standesvorschriften sofort getroffen werden.

Ähnlich ist es bei der akuten Appendizitis, die beim Dr. *A.* in der Morgensprechstunde als gutartiger Darmkatarrh bezeichnet wurde, und die sich bei der Untersuchung am Nachmittag als dringend operationsbedürftig herausstellt. Auch in diesem Falle ist eine sofortige kollegiale Verständigung erforderlich.

Die Beispiele ließen sich leicht vermehren: Halsphlegmone, beginnende Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Harnverhaltung, Gichtanfall. In allen diesen Fällen wird sich durch eine unmittelbare kollegiale Aussprache eine Einigung über die weitere Behandlung herbeiführen lassen.

Darf man bei einer eitrigen Entzündung (Panaritium, Furunkel, Parulis), bei der ein anderer Arzt schon ohne Erfolg eine Inzision gemacht hat, ohne weiteres den Verband entfernen und die weitere Behandlung übernehmen? Hat der Kranke sehr heftige Schmerzen, zeigt das betreffende Glied starke Schwellung, besteht Fieber, so überwiegt wohl die Rücksicht auf den Kranken alle kollegialen Bedenken. Dem Kranken muß geholfen werden. Aber auch in solchen Fällen soll man versuchen, den bisherigen Arzt in Kenntnis zu setzen und sich mit ihm über die erforderliche Behandlung zu verständigen.

Scheint eine akute Gefahr nicht zu bestehen, und kommt der Kranke mit seinem schon längere Zeit eiternden Finger nur um zu fragen, ob man die Heilung nicht beschleunigen könne, so handelt man sicher am besten, wenn man von einer Abnahme des

Verbandes absieht und dem Kranken anheimstellt, eine Überweisung des bisherigen Arztes beizubringen. Den von einem anderen Kollegen angelegten Wundverband soll man nur unter dringenden Umständen entfernen.

Für frische Knochen- und Gelenkverletzungen gilt im wesentlichen dasselbe. Wenn ein Verletzter mit einem tags zuvor eingerichteten und eingegipsten Radiusbruch zu mir kommt, so werde ich im allgemeinen die Behandlung ablehnen und den Kranken an seinen Arzt zurückverweisen. Nur wenn der Verband schlecht sitzt, Beschwerden macht (Ödem, Blauwerden der Finger), muß er natürlich gewechselt werden. Aber auch in einem solchen Falle ist eine Verständigung des anderen Arztes erforderlich.

Handelt es sich um chronische Krankheiten, so muß man streng unterscheiden zwischen solchen, in denen dem neu konsultierten Arzt eine wesentliche Änderung der Behandlung notwendig scheint und solchen, bei denen das nicht der Fall ist.

Die Ursache für die Befragung eines zweiten Arztes bildet für viele Kranke nicht so sehr die Schwere ihres Leidens, als der Wunsch, eine andere Meinung zu hören und zu erfahren, ob nicht doch etwas Bedenkliches vorliegt, und ob nicht doch bei der bisherigen Behandlung etwas übersehen wurde. Man denke nur an das große Heer der ängstlichen und nervösen Kranken, die immer von dem Gedanken bald an dieses, bald an jenes bedrohliche Leiden geplagt sind, die sich in genauester Weise selbst beobachten und auf Grund von populären Vorträgen, Studien von ärztlichen Schriften. Lexikonabschnitten, sich eine ganz bestimmte Anschauung über ihr Leiden gebildet haben. Findet der zweite

Arzt bei genauester Untersuchung nichts Bedenkliches, so wird es, wenn er es mit seinen kollegialen Pflichten genau nimmt, genügen, den Kranken zu beruhigen und ihm zu versichern, daß er bisher in bester Weise behandelt worden sei, daß er zu seinem bisherigen Arzte alles Vertrauen haben dürfe.

Ob die Kollegialität immer so weit geht? In unserer Zeit der wirtschaftlichen Not und des Überhandnehmens des Spezialistentums liegt natürlich die Möglichkeit sehr nahe, daß ganz harmlose Störungen als sehr bedenklich bezeichnet und mit dem Rüstzeug der fachärztlichen Kunst bearbeitet werden. Das Heer der Kranken mit Magenbeschwerden ist ungeheuer groß. Der eine Arzt untersucht genau und findet nichts. Er gibt dem Kranken entsprechende Verordnungen und sagt ihm, daß er nach einem Vierteljahr wiederkommen solle. Der zweite Arzt stellt eine Verwachsung am Zwölffingerdarm, einen Spasmus im Dickdarm, eine Magensenkung fest und erklärt eine mehrwöchentliche Behandlung mit Massage, Diathermie, Höhensonne, Elektrizität, Hochfrequenz, Eiweißeinspritzungen, Magnetisation für unbedingt erforderlich. In solchem Falle dürfte es sich stets empfehlen, daß der zweite Arzt den früheren Arzt von seiner Untersuchung verständigt und ihm die Gründe für die neue Behandlung kurz darlegt.

Ergibt sich bei der Untersuchung des zweiten Arztes, daß ein bisher übersehenes Leiden vorliegt, oder daß die Art des Leidens eine wesentliche Änderung der Behandlung oder gar einen operativen Eingriff notwendig macht, so liegt die Sache natürlich anders. In einem solchen Falle erfordert es die Bestimmung der Standesordnung, daß man den erstbehandelnden Arzt benachrichtige

und zuziehe. Leider begegnet man dabei vielfach dem Widerspruch der Kranken, die eine solche Zuziehung rund ablehnen. Man soll sich aber dadurch nicht hindern lassen und stets auf der Einhaltung der kollegialen Regeln bestehen. Eine kollegiale Pflicht liegt ja vielleicht nicht vor; die Ausführungen des § 16 sind so gehalten, daß daraus ein bestimmtes Verhalten in jedem einzelnen Falle nicht festgelegt werden kann. Die kollegiale Höflichkeit und der kollegiale Takt müssen aber jedem, der es mit seinen Pflichten genau nimmt, den Weg weisen, wie er sich mit dem erstbehandelnden Kollegen ins Einvernehmen zu setzen hat.

Findet ein Nervenarzt bei einem bisher erfolglos wegen Kopfschmerzen behandelten Kranken die sicheren Zeichen eines Gehirntumors, so wird er sowohl kollegial, wie sachgemäß handeln, wenn er seinen Befund dem anderen Arzt mitteilt.

Findet ein Internist bei der Untersuchung eine Schrumpfniere oder einen Diabetes, ohne daß der frühere Arzt die Möglichkeit einer solchen Erkrankung berücksichtigt und daraufhin untersucht hat, so kann dem erstbehandelnden Arzte von dem Ergebnis der Untersuchung Kenntnis gegeben werden. Die Behandlung des Leidens wird man ihm am besten nicht überlassen.

Das bis zum Überdruß besprochene Beispiel Mastdarmblutungen kann hier nicht übergangen werden. Der erste Arzt hat trotz monatelanger Blutungen den Mastdarm mit dem Finger nie untersucht. Der zweite findet bei der ersten Abtastung des Rektums ein weit vorgeschrittenes Karzinom. Ob eine höfliche Mitteilung den ersten Arzt veranlassen wird, in Zukunft der Palpation des Mastdarms größere Beachtung zu schenken, dürfte zweifelhaft sein.

Ein Urologe stellt bei einem Manne, der schon ein halbes Jahr lang an Blasenblutungen behandelt worden ist, ein Hypernephrom der rechten Niere fest. Ist er ein höflicher Mann, so wird er den bisherigen Arzt verständigen und ihn zur Operation einladen.

Eine 26jährige Buchhalterin ist seit 10 Jahren wegen einer chronischen Verstopfung von Arzt zu Arzt gezogen. Ein kluger Mann stellt eine Fissur am Mastdarm fest und veranlaßt deren Beseitigung. Bei der großen Zahl der schon konsultierten Ärzte ist eine Benachrichtigung jedes einzelnen weder erforderlich, noch möglich.

Die Beispiele ließen sich ins Unendliche vermehren. Es sind nicht immer vollkommen klare Fälle, die von einem Arzt zum andern wandern. Oft sind es ganz harmlose Erkrankungen, bei denen eine unbedeutende Änderung der Therapie, zusammen mit einer geeigneten Suggestivbehandlung einen Erfolg bewirkt. Soll da immer der frühere Arzt verständigt werden? Das würde die schon an und für sich allzusehr anwachsende Schreibarbeit des Arztes und zumal die des Facharztes zu sehr belasten. Es ist sicherlich nicht notwendig, daß man bei den vielen Fällen von Magenneurose (heute nennt man es Gastritis, früher hieß man es nervöse Dyspepsie), die sich jahrelang hinziehen und die ärztliche Tätigkeit in einer manchmal allzusehr gesteigerten Weise belasten, dem Vorgänger der Behandelten regelmäßig Mitteilung macht. Bestimmte Vorschriften können auch hier nicht gegeben werden. Den Hausarzt soll man, wenn ein solcher da ist, immer verständigen. Wenn es sich aber nur um eine einmalige sogenannte Beruhigungskonsultation handelt, so ist ein ausführlicher Bericht nicht notwendig. Erforderlich ist ein

solcher nur, wenn irgendeine wichtige Feststellung gemacht worden ist oder wenn eine Änderung der Behandlung notwendig erscheint.

Bei der seelischen Einstellung der Mehrzahl unserer Kranken wird die bei ihnen mehr und mehr zur Gewohnheit werdende Wanderung von Arzt zu Arzt wohl immer größere Ausdehnung gewinnen. Sosehr wir Ärzte dieses ruhelose Hin- und Herziehen bedauern müssen, so müssen wir ihm doch machtlos zusehen, und wir haben keine Mittel, diese Bewegung aufzuhalten. Soweit dabei die kollegialen Beziehungen irgendwie berührt werden, haben wir natürlich die Pflicht, auf den anderen Arzt, zumal auf den Hausarzt, die größte Rücksicht zu nehmen. Heute, wo Röntgenapparat und Laboratoriumsuntersuchungen jedem Kranken geläufig sind, muß der Arzt darauf dringen, daß bei irgendwelcher verdächtigen Erkrankung von allen Untersuchungsmethoden Gebrauch gemacht wird. Heute, wo auch dem Kassenpatienten (oft mehr als dem Privatpatienten) alle diagnostischen Hilfsmittel zur Verfügung stehen, soll man nicht versäumen, möglichst bald auf die Verwendung derselben zu dringen. Damit ist natürlich nicht gesagt, daß jeder verdorbene Magen, jede Muskelzerrung des Fußgelenks, jedes Paronychium, jeder Bronchialkatarrh sofort — wie es vielfach heute geschieht — geröntgt werden muß. Wo aber Verdachtsmomente für ein ernsteres Leiden vorliegen, soll man mit dieser Untersuchung nicht zögern.

Die stärkste Entwicklung zeigt die Freizügigkeit der Kranken in den Großstädten. In kleineren Orten ist sie noch nicht so sehr ausgebildet, wenn auch die Kollegen an solchen Orten allerlei Erbauliches zu erzählen wissen.

Besondere Schwierigkeiten bereitet oft die Frage, wie man sich bei Beratungen von Kranken aus anderen Orten zu verhalten hat. Kranke, die von auswärts her, einen Arzt einer anderen, oft weit entfernten Stadt konsultieren, haben oft den dringenden Wunsch, daß ihr bisheriger Arzt von der Beratung nichts erfährt. Auch für diese Fälle gilt im allgemeinen das oben Gesagte: man soll aber gerade in solcher Lage es mit der kollegialen Höflichkeit besonders genau nehmen und sich durch den Widerspruch des Kranken nicht hindern lassen; im Anschluß an solche Konsultationen entstehen sowohl für den Arzt, als auch für den Kranken oft die unangenehmsten Situationen.

Was hat der Krankenhausarzt zu tun, wenn sich ein Kranker ohne Wissen seines bisherigen Arztes in die Krankenanstalt aufnehmen läßt? Es dürfte wohl keinen Widerspruch erregen, wenn festgestellt wird, daß Kranke, die in einer Krankenanstalt Aufnahme begehren, in keinem Fall, außer wenn Platzmangel vorliegt, oder wenn es sich um eine infektiöse Erkrankung handelt, abgewiesen werden dürfen. Oft ist der Krankenhausarzt gar nicht in der Lage zu entscheiden, ob der Patient mit dem Willen seines Arztes oder gegen denselben in das Krankenhaus eingetreten ist. Bei größerem Betriebe ist es manchmal rein unmöglich, sofort telephonisch anzufragen, ob der betreffende Kranke von seinem Arzte eingewiesen ist oder nicht. Bei der Fixigkeit, mit der der Krankenkassenpatient heutigentags die bisherige Behandlung verläßt und ein Krankenhaus aufsucht, hat man sich wohl im allgemeinen daran gewöhnt, diese Neuerscheinung gelassen hinzunehmen. In der besseren Privatpraxis herrschen im allgemeinen etwas günstigere Zustände, und hier ist es wohl dringend

erforderlich, daß sofort nach der Aufnahme eine Verständigung zwischen Krankenhaus- und Privatarzt erfolgt. Wenn möglich, d. h. also, wenn der Krankenhausarzt schon vor der Aufnahme von dem Eintreffen des Kranken verständigt ist, soll vorher die Zustimmung des bisherigen Arztes telephonisch eingeholt werden.

Die für den Wechsel des Krankenhauses gültigen kollegialen Regeln sind in diesem Aufsatz nicht eingehender zu behandeln. Hervorgehoben sei nur, daß hier für solche Fälle eine kollegiale Verständigung unter den betreffenden Ärzten unbedingte Voraussetzung ist.

Wenn man auch versucht, für jede Möglichkeit eine entsprechende Regel aufzustellen, allgemeingültige Vorschriften wird man nie geben können. Das haben auch die Kollegen sicherlich eingesehen, welche die betreffenden Paragraphen unserer Standesordnung aufgestellt haben. In unserer Zeit, wo die medizinische Halbbildung mehr und mehr um sich greift, und wo ein Kranker den anderen durch das Loben seines Arztes, durch beunruhigende Erzählungen, durch Hinweise auf neue Heilmethoden zu beeinflussen sucht, ist es natürlich, daß jeder Kranke, bei dem die ärztliche Behandlung nicht sofort vollen Erfolg zeitigt, unruhig wird. Der psychisch geschulte Arzt wird diese Unruhe sofort merken und in kluger Weise sie zu bekämpfen verstehen. Fühlt er sich dazu allein nicht imstande, so zögere er nicht, beizeiten Gegenmaßregeln zu ergreifen. Der ängstliche Kranke ist immer begeistert, wenn er von einer neuen Untersuchung, von einer neuen Meinung etwas hört. Ob es in allen Fällen für die Psyche des Kranken gut ist, von seinem Arzt zu vielen Ärzten herumgeschickt zu werden, ist frag-

lich. Wenn der Arzt in sich aber nicht die Kraft fühlt, diese Einstellung seines Kranken zu beseitigen, so trage er kein Bedenken, eine Untersuchung und Beratung bei anderen Ärzten zu veranlassen. Die kollegiale Prophylaxe baut so am besten den kollegialen Verstimmungen vor.

Über die Besichtigung des Kranken.

Die sogenannte Augendiagnose hat in letzter Zeit viel von sich reden gemacht. Es ist das große Verdienst unseres Münchener Kollegen *Salzer* mit Energie gegen diese Methode, die aus Veränderungen der Regenbogenhaut Krankheiten der verschiedensten Organe erkennen will, zu Felde gezogen zu sein.

Neben dieser sogenannten Augendiagnose gibt es eine richtige Augendiagnose, die von angehenden und fertigen Ärzten viel zu wenig geübt wird. Nicht in den Augen der Kranken soll der Arzt nach Zeichen suchen, die ihn auf Veränderungen anderer Organe hinweisen, sondern er soll mit seinen eigenen Augen den ganzen Kranken von oben bis unten betrachten und an dessen Körper nach Veränderungen fahnden, die ihn zur Erkennung des vorliegenden Leidens führen.

Diese Art der Untersuchung, die Besichtigung (Inspektion) des Kranken, ist schon immer als ein wesentliches Hilfsmittel der klinischen Diagnostik anerkannt. Wie alle einfachen Methoden wird sie viel zu sehr zugunsten von weit verwickelteren Verfahren häufig vernachlässigt. Der einfachste, sich immer wiederholende Fall: ein junger Mediziner bekommt eine Handgelenkverletzung, bei der der

Verdacht auf einen Knochenbruch besteht, zur Untersuchung zugewiesen. Er wirft einen flüchtigen Blick auf das Gelenk und beginnt dann alsbald an den geschwollenen Teilen herumzudrücken und Bewegungen an dem verletzten Gelenk vorzunehmen. Kommt er nicht zum Ziel, so sagt er: „Ja, da müssen wir eine Röntgenaufnahme machen.“ Er könnte sich alle diese Untersuchungen sparen, wenn er den Kranken auffordern würde, die verletzte Hand aufzuheben und die gesunde Hand genau in dieselbe Stellung zu bringen, wie die kranke. Er würde dann leicht sehen können, daß das verletzte Handgelenk, zumal an der Radialseite, stark geschwollen ist, daß die Hand nach der Daumen- und Rückenseite mehr oder weniger verschoben ist, mit einem Worte, daß ein Speichenbruch vorliegt. Ohne den Kranken anzurühren, ohne ihm im geringsten Schmerzen zu bereiten, ohne Anwendung eines Röntgenapparates hätte er die richtige Diagnose gestellt.

Es muß wohl ein merkwürdiger Drang in jedem Menschen vorhanden sein, alles was er untersuchen soll, sofort mit den Fingern zu betasten. Man hat oft seine liebe Not, die jungen Kollegen davon abzuhalten, mit ihrem Tastorgan eine Phlegmone, ein Erysipel, ein Panaritium, einen Furunkel möglichst energisch abzudrücken. Abgesehen davon, daß eine derartige Betastung oft durchaus überflüssig ist, ist sie auch für die persönliche Asepsis des betreffenden Arztes in höchstem Grade nachteilig[1]).

---

[1]) Nur bei der Erkrankung eines Organs versagt der Drang zum Tasten leider außerordentlich häufig, und da gerade würde er sehr angebracht sein. Das ist der Mastdarm. Wie viele Fälle von Mastdarmkrebs bleiben lange unerkannt, bloß weil der Arzt sich scheut, den Finger in den Mastdarm einzuführen!

Je erfahrener ein Arzt ist, um so mehr wird sein Blick geschärft sein. Und er wird mit seinen beiden Augen oft in wenigen Sekunden mehr erkennen, als manch anderer bei einer langen, gründlichen Untersuchung. Von einem jungen, sehr tüchtigen Internisten erzählt man, daß er, zu einem Kranken mit unklaren Erscheinungen gerufen, einen kleinen Handkoffer mit Blutdruckapparat, Mikroskop und den verschiedensten Reagentien mitbrachte und nach gründlichster Untersuchung aller Organe erklärte, eine richtige Diagnose nicht stellen zu können. Einige Tage später wurde ein älterer bekannter Kliniker gerufen, dem man eine besonders gute „Nase" in schwierigen Fällen nachsagte. Dieser Kliniker schaute den Kranken genau an, untersuchte ihn ziemlich flüchtig, erklärte aber sofort, „der Kranke hat einen Lungenkrebs". Worauf er diese Diagnose gegründet hat, ob er vielleicht ein charakteristisches Sputum gesehen hat, ist nicht bekannt geworden: jedenfalls hat die nach einigen Wochen vorgenommene Sektion die Richtigkeit seiner Diagnose ergeben.

Augenblicksdiagnosen (Augenblick — ein sehr bezeichnendes Wort) sind jedenfalls für einen erfahrenen Arzt sehr wohl möglich. Die allein mit den Augen sichtbaren Veränderungen bei vorgeschrittenen Fällen von Magenkrebs, Herzfehler, Pneumonie, Basedow, Peritonitis sind so charakteristisch, daß sie mit dem Blick in kürzester Zeit erfaßt und auf Grund der langen Erfahrung richtig gedeutet werden können. Freilich wird sich kein Arzt bei dieser Augenblicksdiagnose beruhigen, er wird danach sorgfältig untersuchen, um zu prüfen, ob seine erste Annahme durch die weiteren Erscheinungen bestätigt wird, oder ob sich am Ende doch Anhaltspunkte für ein anderes Leiden finden.

Das Geheimnis der guten Diagnose beruht nicht nur auf dem guten Blick des betreffenden Arztes. Ich habe meine von mir als besonders gute Diagnostiker hochgeschätzten klinischen Lehrer *Leube* und *Penzoldt* manchmal gefragt, worauf denn ihre große diagnostische Kunst beruhe, und sie haben mir immer wieder geantwortet: nur auf der sorgsamen Untersuchung des Kranken von oben bis unten.

Untersuchung von oben bis unten. Das klingt so unglaublich einfach und so alltäglich und will doch immer wieder von neuem berücksichtigt sein. Die erste Grundlage dafür ist die Besichtigung des völlig entkleideten Kranken. Wenn jemand einen harmlosen Furunkel auf dem Handrücken hat, so ist im allgemeinen eine Besichtigung des ganzen Körpers nicht notwendig. Und doch, wie wichtig ist es oft, die Achselhöhle nachzusehen, ob sich nicht dort schon eine Drüsenschwellung ausgebildet hat, und wie häufig wird man bei der Besichtigung des ganzen Körpers einen oder mehrere andere Furunkel vorfinden.

Eine kleine Geschwulst im Gesicht oder am Arm kann ein ganz harmloses Fibrom sein, und doch wird man oft bei der allgemeinen Besichtigung des Körpers erkennen, daß an den Bauchdecken oder sonst wo noch eine ähnliche Geschwulst sichtbar ist, und man wird so oft zu der Anschauung gedrängt, daß ein bösartiges Sarkom vorliegt.

Man mache es sich zur Pflicht, nach Aufnahme der Anamnese ausnahmslos jeden Kranken zur völligen Entkleidung aufzufordern und weiche nur in ganz einfachen und glatten Fällen von diesem Grundsatze ab. Bei Kindern ist die völlige Entkleidung zum Zwecke der Diagnose selbstverständlich. Auch bei Männern hat die Durchführung dieses Grund-

satzes meist keine Schwierigkeit. Wie steht es aber da bei Frauen?

Jeder Arzt hat folgendes schon erlebt. Eine neue Kranke tritt in das Sprechzimmer und gibt an, daß sie eine Brustgeschwulst habe. Nach verschiedenen Fragen sagt der Arzt: „Ich möchte Sie genauer untersuchen und bitte Sie, sich zu entkleiden, ich komme nach 2 Minuten wieder herein.“ Wenn der Arzt nach 2 Minuten wieder kommt, ist der Mantel ausgezogen und der obere Teil der Kleider schamhaft geöffnet. „Sie müssen das Kleid schon ganz ablegen und den oberen Teil des Körpers völlig frei machen; ich bin in 1 Minute wieder da.“ Nach 1 Minute: „Ja Sie müssen auch das Mieder und das Hemd ablegen und die Leibbinde und alle Unterröcke gut öffnen.“ Wiederum verschwindet der Arzt, und wenn er Glück hat, kann er bei seiner übernächsten Rückkehr endlich die Kranke zur Untersuchung bereit finden.

Selbstverständlich wird man auf die Schamhaftigkeit der Frau alle Rücksicht nehmen und nicht verlangen, daß sie sich splitternackt auszieht und sich im Stehen von allen Seiten anschauen läßt. Man muß aber auch darauf dringen, daß zunächst der Oberkörper ganz entblößt wird; dann werden die Oberkleider wieder angelegt und nunmehr Unterleib und Beine frei gemacht, so daß auch deren Besichtigung vorgenommen werden kann.

Es soll und kann hier natürlich nicht auf alles, was bei einer solchen allgemeinen Besichtigung ermittelt werden kann, hingewiesen werden. Hervorgehoben seien nur mancherlei Befunde, die gewöhnlich ganz zufällig entdeckt werden, da sie von den Kranken kaum beachtet oder nicht bewertet worden sind und die doch für die Beurteilung mancher Krankheitszustände die größte Bedeutung haben.

An Kopf und Hals werden dem aufmerksamen Beobachter nur selten irgendwelche Veränderungen, die für die Diagnose von Bedeutung sind, entgehen. Daß Hornhaut und Pupillen bei jedem Kranken zu betrachten sind, ist selbstverständlich. Ein Blick genügt in der Regel, um Narben an der Hornhaut oder eine Unregelmäßigkeit der Pupille zu erkennen. Auch die Reaktion der Pupille auf Licht läßt sich schnell feststellen.

Am Hals soll man immer auf alte Narben (Drüsen, Struma) achtgeben. Zur Beurteilung von unklaren Bauch- und Gelenkerkrankungen sind Drüsennarben oft von großem Wert. Tumoren der Halsgegend (Drüsen, Struma) lassen sich bei der einfachen Besichtigung erkennen. Sie sind für die Deutung des Krankheitsbildes oft sehr wichtig.

Am Rumpfe deckt die schnelle Besichtigung oft eine Geschwulst auf, die leicht von Bedeutung sein kann. Man denke nur an einen kleinen, bösartig gewordenen Nävus, der leicht zum Ausgangspunkt für andere Tumoren an anderen Körperteilen werden kann. Ein beginnendes Mammakarzinom (Schrumpfung der Mamille, Hochstand der Mamma), das sich den Augen deutlich anzeigt, ist oft von seiner Trägerin gar nicht beobachtet worden. Ich erinnere mich an 2 Fälle von Leberkarzinom, die von solchen nicht beachteten Mammatumoren ausgegangen waren.

Liek (Ztschr. f. Chir. 1926, 51) berichtet kürzlich über einen Fall von hartnäckigen Kreuzschmerzen bei einer 36jährigen Frau, der lange ungeklärt blieb. Erst als *Liek* bei einer 2. Untersuchung die Kranke sich völlig entkleiden ließ, fand er die rechte Brustwarze etwas höher stehend als die linke. Es lag ein walnußgroßer Skirrhus der Brustdrüse vor.

Die Kreuzschmerzen waren offenbar durch eine schon früh aufgetretene Wirbelmetastase bedingt.

Daß eine Verbiegung der Wirbelsäule nur bei entkleidetem Körper erkannt wird, ist klar. Eine solche Verbiegung ist für die Beurteilung mancher sonstiger Erkrankungen (Herz, Lunge, Gallenblase) oft sehr wichtig. In meiner Erinnerung leben immer noch 2 Kranke, die nach einem unbedeutenden abdominellen Eingriff an einer Pneumonie erkrankten: bei beiden bestand eine Skoliose, die vor der Operation nicht erkannt worden war. Es war bei beiden Kranken versäumt worden, den Rücken im Stehen zu betrachten.

Auf die mannigfachen Veränderungen der Thoraxwand, die sich bei der einfachen Besichtigung ergeben und auf das Vorhandensein von Herz- und Lungenkrankheiten hindeuten, kann hier nicht näher eingegangen werden. Auch ohne daß der Arzt eine genauere physikalische Untersuchung der Brustorgane vornimmt, wird er am Thorax Unregelmäßigkeiten der Form und der Atmung, Venenerweiterungen, Schrumpfungen und Vorbuchtungen einzelner Teile, abnorme Pulsationen ohne weiteres wahrnehmen.

Eine Besichtigung der Leistengegenden und der Geschlechtsorgane soll bei keinem Kranken versäumt werden. Das Übersehen eines Bruches hat sich schon oft gerächt. Wie häufig sind unbestimmte Magenbeschwerden auf einen Leistenbruch zurückzuführen. Gewöhnt man sich daran, jeden Kranken im Stehen zu betrachten, so kann ein Bruch so leicht nicht übersehen werden. Hodentumoren, die oft den Ausgangspunkt für irgendwelche Metastasen bilden, werden auch bei einfacher Besichtigung der Genitalgegend nicht unerkannt bleiben. Auch wird bei einer

solchen Besichtigung eine Nebenhodenentzündung dem Untersucher kaum entgehen. Die Appendizektomien, die bei Nebenhodenentzündung auf Grund der Annahme, daß die Schmerzen auf der rechten Seite durch eine Appendizitis bedingt seien, wiederholt ausgeführt wurden, hätten sich vermeiden lassen, wenn der betreffende Chirurg die Bettdecke genügend weit aufgehoben hätte.

Alle Kranken, ob bettlägerig oder nicht, auch vom Rücken aus anzusehen, ist eine Regel, auf die nicht eindringlich genug hingewiesen werden kann. Das nicht seltene Übersehen einer Rückgratsverbiegung (Skoliose, Kyphose) wurde schon oben erwähnt. Manche Anschwellungen im Bereiche der Bauchhöhle (Geschwülste, Exsudate) werden mit einem Male deutlich, wenn man den betreffenden Kranken von rückwärts betrachtet. Ein pararenaler Abszeß läßt sich unter Umständen durch die einfache Betrachtung des Kranken von rückwärts diagnostizieren. Bei einem Kollegen, der wegen eines unklaren Fieberzustandes mehrere Wochen behandelt worden war, wurde die Erkrankung erst klar, als bei der Betrachtung des auf dem Bauche liegenden Kranken eine kleine Schwellung links von der Wirbelsäule auffiel: der dort vorgenommene Einschnitt führte in eine große Abszeßhöhle. Daß als die Ursache von unklaren, fieberhaften Krankheiten schon manchmal ein Furunkel der Gesäßgegend erkannt worden ist, kann nicht oft genug betont werden.

Die wichtigsten Dinge bekommt man oft zu Gesicht, wenn man sich daran gewöhnt, in allen Fällen eine Besichtigung der Extremitäten, und zumal der unteren, vorzunehmen. Daß man bei einer Achseldrüsen- oder Leistendrüsenschwellung das ganze Glied von allen Seiten betrachtet, ist selbst-

verständlich. Aber auch sonst soll man eine Besichtigung der Glieder nicht versäumen. Manche fieberhafte Krankheit ist mehrere Tage unaufgeklärt geblieben, bis der Arzt eines Tages die Bettdecke aufhob und einen Furunkel, eine Lymphangitis oder gar ein Erysipel entdeckte. Der verstorbene *Strümpell* lehrte uns bei jedem Kranken vor Beendigung der Untersuchung auch die Bettdecke wegzunehmen und die Füße anzuschauen. Es ist eine tragische Ironie des Schicksals, daß *Strümpell* eines Tages fieberhaft erkrankte und daß die Erkrankung lange Zeit dunkel blieb, bis ein ausgedehntes Erysipel an seinem Bein zufällig entdeckt wurde.

Auch chronische Veränderungen der Extremitäten geben nicht selten wichtige Fingerzeige für die Diagnose. Sehr wichtig sind die Narben der verschiedensten Art, die von einer früher durchgemachten Eiterung zurückgeblieben sind. Ich nenne in erster Linie die charakteristischen oberflächlichen Narben, die nach der Abheilung luetischer Geschwüre entstanden sind. Ferner die tief eingezogenen und mit dem Knochen fest verwachsenen Narben, die von einer in frühester Jugend durchgemachten Osteomyelitis herrühren. Und schließlich diejenigen Narben, die auf Grund einer früheren tuberkulösen Eiterung entstanden sind. War die Ursache dieser Eiterung eine tuberkulöse Gelenk- oder Knochenentzündung, so finden sich gewöhnlich auch charakteristische Versteifungen und Schrumpfungen des betreffenden Gelenks, in der Regel verbunden mit einer mehr oder weniger hochgradigen Muskelschrumpfung oder Verkürzung des Gliedes.

Man ist immer wieder erstaunt, daß die Kranken von diesen Leiden, die oft viele Jahre zurückliegen, keine Angaben machen. Und doch sind derartige

alte Prozesse oft von ausschlaggebender Bedeutung, wenn es sich um die Erkennung einer abdominellen Erkrankung handelt.

Noch bemerkenswerter ist es, wenn man bei der Besichtigung der Extremitäten einen noch bestehenden Eiterungsprozeß findet, von dessen Vorhandensein die Kranken nichts erzählt haben. Tuberkulöse, osteomyelitische, luetische Fisteln und Geschwüre werden oft erst bei der Besichtigung des entkleideten Körpers entdeckt. Die richtige Deutung dieser Fisteln und Geschwüre leitet manchmal auf den richtigen Weg zur Erkennung einer inneren Erkrankung.

Kleine und größere Tumoren, die gerade an den unteren Extremitäten an manchmal versteckter Stelle bei der allgemeinen Besichtigung aufgefunden werden, können ebenfalls für die Klärung mancher Krankheitszustände von großer Bedeutung werden. Ich erinnere mich eines Falles von allgemeiner Sarkomatose, als deren Ausgangspunkt erst nach langer Zeit ein kleines, an der Innenseite der kleinen Zehe sitzendes Sarkom erkannt wurde.

Daß bei all diesen Feststellungen von Verkürzungen, Schrumpfungen und Schwellungen ein Vergleich der kranken Seite mit der gesunden die Erkennung der Veränderungen wesentlich erleichtert, ist bekannt. Und doch wird gerade auf diesen Umstand zu wenig Gewicht gelegt.

Daß zu der allgemeinen Besichtigung auch die Beobachtung des Ganges gehört, wird oft vergessen. Die Art des Ganges läßt häufig ein Nervenleiden mit großer Sicherheit annehmen. Ferner weist sie in vielen Fällen auf ein beginnendes Knochen- und Gelenkleiden hin. Bei Kindern ist eine beginnende Koxitis oft nur aus der Art des Ganges zu erkennen.

Im vorstehenden sollte nur auf einige wichtige Dinge, die sich bei der Betrachtung des Kranken in der Zeit von wenigen Sekunden ergeben, hingewiesen werden. Diese Art der Augendiagnose bedarf der sorgfältigsten Pflege von seiten des Arztes: sie wird jedem, der sie zu handhaben weiß, bie besten Erfolge bringen.

Über den Geruch und die Bedeutung des Geruchsinns.

Auge, Hand und Ohr sind unsere wichtigsten Organe für die Diagnosenstellung. Was wir sehen, fühlen und hören können, gibt uns immer eine sichere Vorstellung von den Veränderungen, die sich im menschlichen Körper abspielen. Die durch die genannten Sinnesorgane aufgedeckten Krankheitszeichen sind vollständig objektiv, jedermann kann sie leicht kontrollieren.

Geruch und Geschmack sind bei der Diagnose nicht so sehr geschätzt.

Der Geschmack wird sehr selten zur Diagnose herangezogen. Ein pathologisches Produkt mit der Zunge zu prüfen, wird nicht so leicht jemandem Vergnügen machen, und die Erzählung von dem Göttinger Professor, der seinen Studenten empfahl, den zuckerhaltigen Urin mit dem Finger auf die Zunge zu bringen und dabei selbst einen anderen Finger benützte, zeigt uns nur, daß auch der Lehrer die Beobachtung mit dem Auge höher einschätzt als die mit der Zunge.

Etwas anderes ist es mit dem Geruch. In den Kliniken wird zwar, soweit ich unterrichtet bin, die Diagnosestellung mit Hilfe des Geruchsorganes wenig

geübt. Aber der Student, der nur einmal in den Saal der inoperablen Uteruskarzinome oder der unheilbaren Lungenkranken hineinkommt, erhält doch von der in diesen Zimmern herrschenden Luft einen nachhaltigen Eindruck.

In der Praxis hat man um so mehr Gelegenheit die Geruchsdiagnose zu betreiben, und es wird wohl keinen Praktiker geben, der mit der Zeit sich nicht befähigt glaubt, allein mit Hilfe seines Geruchsinnes irgendeine Krankheit erkennen zu können.

Wenn in wissenschaftlichen Kreisen vom Geruch selten die Rede ist, so gibt es doch auch Ausnahmen. Mein verstorbener, hochverehrter Lehrer *Penzoldt* erzählte mir oft, daß er im Verein mit *Emil Fischer* wiederholt chemische Stoffe in allergeringsten Verdünnungen mit der Nase festzustellen versucht habe. Er glaubte es für sehr verdienstvoll halten zu müssen, wenn jemand es unternehmen würde, Geruchskonzerte zu veranstalten, bei denen die mannigfachsten, angenehmsten Gerüche in harmonischer Verbindung vorgeführt würden. Leider ist aus dieser Idee, die vor ungefähr 50 Jahren gefaßt wurde, bisher nichts geworden. Jeder, der mit einer einigermaßen empfindlichen Nase behaftet ist, weiß, welche Lustgefühle ihm bei einem angenehmen Duft aufsteigen, und welche Unlustgefühle bei dem Gegenteil einzutreten pflegen. Wer geht nicht mit Wohlbehagen abends durch seinen nach Veilchen, Heliotrop, Nelken, Rosen, Linden duftenden Garten! Welch starke Empfindung bewirkt bei den meisten der berauschende Jasmingeruch. Welche Quelle des Wohlbehagens bedeutet für viele eine frischgemähte Wiese oder ein reifes Kornfeld. Die absterbenden Blumen leiten schon über zum Gegenteil, und der Geruch der welkenden, einem lieben Verstorbenen mitgegebenen

Blumenkränze wirkt in unserer Erinnerung noch lange nach.

Auch die bei gewissen Situationen erhaltenen Geruchseindrücke können, wenn sie freundlichen Begebenheiten entsprechen, stets angenehme Empfindungen hervorrufen. Wer kennt nicht den eigentümlichen Geruch einer großen Bahnhofhalle, der uns an unsere vielen schönen Reisen denken läßt und in uns das Gefühl der Freiheit und Verantwortungslosigkeit hervorruft!

Auch ein ganz feiner (der Gebildete sagt diskreter) Duft eines unserer vielen Riechmittel hat für viele Menschen etwas Angenehmes. Aber schon eine kleine Überdosis vermag das Gegenteil hervorzurufen und unangenehmste Empfindungen auszulösen. Wenn unsere sich mit den verschiedensten Düften beladenden Damen nur wüßten, welch unangenehmen Eindruck die hinter ihnen sich ausbreitende Duftwolke bei den meisten richtig empfindenden Menschen auslöst, so würden sie ihre verschiedenen Fläschchen etwas sparsamer verwenden.

Und nun gar die unangenehmen Gerüche, von denen hier nicht gesprochen zu werden braucht. Bei den meisten handelt es sich ja um Gerüche, die durch Fäulnis und Verwesung entstehen und die jedem normal empfindenden Menschen in gleicher Weise zuwider sind.

In einem medizinischen Aufsatz darf vielleicht hier auf die Gerüche hingewiesen werden, die durch gewisse Arzneimittel hervorgerufen werden und die besonders die Luft unserer Krankenhäuser so außerordentlich verderben: Jodoform, Lysol, Karbol, Jod vermischen sich zu einem ganz charakteristischen Etwas, das für jeden Besucher eines Krankenhauses, der einmal solch einen Geruch empfunden hat,

geradezu abstoßend wirkt. Viele Kranke, die zu einer Operation ein Krankenhaus aufsuchen, werden schon allein durch den Krankenhausgeruch in ihrer Psyche unangenehm geschädigt. Es ist Pflicht jedes Krankenhausleiters auch auf diese unwesentlichen Dinge achtzugeben und die Krankenhausluft möglichst rein zu erhalten. Jodoform, Lysol, Karbol sind in einem Krankenhausbetriebe durchaus entbehrlich. Bei mir werden sie seit 30 Jahren grundsätzlich nicht benützt; irgendwelche Schäden haben sich bei dieser Nichtverwendung sicher nicht gezeigt.

Auch der einzelne Arzt hat die Pflicht, sich im Verkehr mit seinen Kranken von unangenehmen Gerüchen freizuhalten.

Wenn man weiß, wie unangenehm für viele Menschen der nach Tabak und Alkohol riechende Atem ist, so wird sich jeder Arzt bemühen, während der Praxisausübung auf diese Genußmittel zu verzichten oder zum mindesten die Spuren zu verwischen. Ebenso wie jeder Arzt nach der Untersuchung eines Infektionskranken sich die Hände, das Gesicht zu waschen hat, so hat er sich auch nach Alkohol- und Tabakgenuß in gleicher Weise zu reinigen. Ich halte schon seit Jahren streng darauf, daß meine Assistenten nicht mit ihren nach Zigaretten duftenden Händen eine Narkose unternehmen, sondern sich sorgfältig waschen. Ich kenne eine Arztensfrau, die immer im höchsten Grade peinlich berührt ist, wenn ihr Mann in seinen Kleidern den Äthergeruch aus dem Operationssaal mit nach Hause bringt. Auch in dieser Beziehung soll man eine gewisse Rücksichtnahme nicht vergessen. Der Arzt soll in seinem Äußeren nicht nur in gewöhnlichem Sinne sauber sein, sondern er soll auch alles, was die Geruchsorgane seiner Klienten beleidigen kann, vermeiden.

Die in der Praxis die Diagnose erleichternden Gerüche sind durchweg unangenehmer Art. Auch der nach Veilchen duftende Urin und die nach Äpfeln riechende Atmungsluft vermögen keine Lustgefühle zu erzeugen. Wenn wir die bei den kranken Menschen auftretenden eigentümlichen Gerüche in ein gewisses System zu bringen versuchen, so müssen wir am besten unterscheiden zwischen allgemeinen Gerüchen und Gerüchen bestimmter Organe oder bestimmter pathologischer Produkte.

Der allgemeine von einem Menschen ausgehende Dunst hat oft etwas ganz Charakteristisches. Man kann ihn im einzelnen nicht beschreiben. Man weiß aber ganz genau, daß ein bestimmter Dunst von einem ganz bestimmten Menschen ausgeht. Trifft man beim anderen den gleichen Dunst, so wird man immer an seinen Wesens(Dunst-)Gleichen erinnert. Man weiß nicht, woher dieser Dunst kommt. Man kann ihn auch einem andern nicht beschreiben. Tatsache ist, daß ein solcher Dunst uns immer wieder aufstößt, wenn wir mit dem betreffenden Menschen zusammenkommen.

Bei Frauen sind es zweifellos gewisse Hautausscheidungen, die sich zur Zeit der Menstruation bilden. *Polano* hat vor einigen Jahren auch auf gewisse Sekretionsstoffe hingewiesen, die bei der Menstruation nachweisbar sind. Viele Frauen wissen das ganz genau und suchen diesen Dunst durch Riechmittel zu übertäuben. Leider wissen sie nicht, daß dadurch die Wirkung meistens noch unangenehmer wird.

Ganz charakteristische Gerüche bewirken bestimmte Krankheiten. Der Geruch eines Tuberkulösen ist absolut charakteristisch. Wahrscheinlich sind es bei ihm gewisse, durch die Haut ausgeschie-

dene Fettsäuren, welche diesen eigentümlichen, immer wiederkehrenden Geruch hervorrufen. Bei der Neigung der Tuberkulösen zu Schweißen ist diese Ausdünstung wohl erklärlich. Die unangenehme Wirkung des Schweißes kann man ja in der Praxis sehr häufig beobachten. Im höchsten Grade zuwider ist eine Fettsäuremischung, die bei mir immer die Erinnerung an den Geruch von Zwiebeln hervorruft. Bei jungen Mädchen und Frauen, die auf körperliche Reinigung nicht viel geben und den berühmten pfingstlichen Hemdwechsel betreiben, ist dieser Zwiebelgeruch besonders eindrucksvoll. Mit Krankheiten scheint er nichts zu tun zu haben. Auch die Ausdünstung, die viele ältere, fette, um ihre Körpersauberkeit wenig bemühte Frauen verbreiten, ist absolut charakteristisch und immer wiederkehrend.

Der Geruch von Eiter ist immer unangenehm, läßt sich aber nicht immer sicher charakterisieren. Wiederholt habe ich aus dem Geruch des Eiters die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Staphylokokken stellen können. Es handelt sich dabei um einen eigentümlichen aromatischen Geruch. Der Geruch von Kolieiter ist nicht zu verkennen. Wenn ein subphrenischer Abszeß nach Kot riecht, so kann man mit großer Sicherheit annehmen, daß er von der Appendix ausgeht. Der kotig riechende appendizitische Abszeß des Douglas ist von dem geruchlosen adnexitischen Abszeß ohne weiteres zu unterscheiden. Sehr widerlich riechen alle Abszesse, die mit der Mund- und Nasenhöhle in Verbindung stehen, ferner die vereiterten Atherome und Dermoide (*Mandl*). Nach demselben Autor gibt die Osteomyelitis des Unterkiefers einen jauchig-brenzligen Geruch. Ganz charakteristisch ist der leimartige Geruch des blauen Eiters, der sich oft schon vor dem

Auftreten der eigentümlichen Verfärbung bemerkbar macht.

Ludwig Heim weist darauf hin, daß die Kulturen verschiedener Bakterien an ihrem Geruch oft leicht zu erkennen sind. Cholerabazillen zeigen schon nach 24 Stunden einen typischen Geruch. Der *Kruse'sche* Bazillus hat einen spermaähnlichen Geruch. Von dem Geruch der Kolibazillen wurde schon gesprochen.

Daß die Infektionskrankheiten vielfach von Ärzten und Wärterinnen am Geruch erkannt werden, ist bekannt. Der alte *Heim* hatte eine besonders feine Nase. Den Scharlachgeruch verglich er mit dem Geruch, der in den Kellern der Berliner Viktualienhändler angetroffen wird, und der vor allen Dingen den dort lagernden alten Heringen und mancherlei Käsesorten zuzuschreiben ist. Der Maserngeruch ist von ihm als unangenehm süßlich bezeichnet worden, ähnlich dem Geruch der gerupften Federn einer noch lebenden oder eben geschlachteten Gans. An der *Bauer'schen* Klinik war eine alte Wärterin, die mit völliger Sicherheit eine Miliartuberkulose von einem Typhus wegroch. Eine mir bekannte Frau vermag an dem Geruch ihrer Kinder mit Sicherheit zu erkennen, ob eine Angina sich entwickeln wird. Daß die Lungentuberkulose von vielen Ärzten am Geruch erkannt wird, ist bekannt. *Ortloph* kann mit Hilfe des Geruches sogar die Prognose der Lungentuberkulose beurteilen.

Das Karzinom kann die mannigfachsten und im höchsten Grade widerlichen Gerüche verbreiten. Von den schrecklichen Ausdünstungen der armen Gebärmutterkrebskranken wurde schon gesprochen. Das Mastdarmkarzinom steht dem Gebärmutterkrebs nicht viel nach. Was *Hochenegg* über die Geruchsdiagnose des Mastdarmkrebses schreibt, kann man

durchaus bestätigen. Es handelt sich dabei um einen ganz außerordentlich unangenehmen, scharfen, halb kotig, halb faulig riechenden Dunst, dessen Anwesenheit den Erfahrenen eigentlich nie täuscht, und der manchmal schon beim Eintritt des Kranken in das Sprechzimmer erkennbar ist.

Von großer Bedeutung ist der Geruch der verschiedenen Ausscheidungen. So wenig angenehm die Beriechung des Stuhles ist, so soll man sich in wichtigen Fällen diese kleine Unlustempfindung doch gefallen lassen. Manche Ärzte vermögen aus dem Geruch des Stuhles zu erkennen, ob es sich um einen einfachen Darmkatarrh oder um einen Darmkrebs handelt. Der eigentümlich fade Geruch des Erbrochenen beim beginnenden Ileus spielt auch heute noch, wo wir ganz andere diagnostische Hilfsmittel haben, eine gewisse Rolle.

Der Geruch der Atmungsluft ist für die Beurteilung vieler Erkrankungen von Bedeutung. Am bezeichnendsten ist der Azetongeruch bei Diabetes und bei Azetonämie.

Auf das eigentümliche Krankheitsbild der Azetonämie bei Kindern wird man immer durch den Geruch aufmerksam werden. Einer meiner Assistenten hat bei einem wegen einer vermeintlichen Appendizitis hereingesandten Kind durch den Geruch sofort die Diagnose: Azetonämie gestellt.

Der gesunde Harn riecht nach Fleischbrühe. Im zersetzten Harn entsteht der widerliche, ammoniakalische Geruch. Viele Arzneistoffe und Lebensmittel kann man im Harn durch den Geruch wiedererkennen. Am bekanntesten sind der Geruch des Harns nach Veilchen bei Terpentingebrauch und der Geruch nach Methylmerkaptan nach Spargelgenuß.

Sehr merkwürdige Geruchserscheinungen werden von den Neugeborenen berichtet. Von mehreren Ärzten (*Hildebrandt, Büchner*) ist bei den Kindern am Tage nach der Geburt ein überaus zarter und feiner Duft der Atemluft beobachtet worden, der an Veilchen und Tulpen erinnerte. Eine Mutter sagte mir, daß dieser Duft das schönste sei, was sie sich vorstellen könne. Im allgemeinen kann dieser Duft nur von den Müttern wahrgenommen werden. Eine Hebamme erzählte, daß sie an der Freiburger Klinik die Assistenten oft auf diesen Duft hingewiesen habe, von ihnen aber immer ausgelacht worden sei. Mit dem Ende des 4. Tages verschwindet der Duft wieder.

Beim Sterben soll die Atmungsluft einige Stunden vor dem Tod einen leichenartigen Geruch annehmen (*Niedermeyer* D. M. W. 1923, S. 387). Darauf führt man es zurück, daß Hunde ihren sterbenden Herrn meiden. *Mozart* soll auf dem Sterbebett zur Schwester seiner Frau gesagt haben: „Ich habe schon den Leichengeschmack auf der Zunge."

Die Fähigkeit der Menschen, einen bestimmten Geruch zu empfinden, ist verschieden. Einzelne Menschen verfügen über einen auffallend gut entwickelten Geruchsinn. Soldaten sollen im Feld mit Sicherheit allein aus Geruchswahrnehmungen erkannt haben, ob sie Weiße, Farbige oder Neger sich gegenüber hatten. Bei den Naturvölkern ist der Geruchsinn weit besser ausgebildet als bei den sogenannten Kulturvölkern, die ihren Geruchssinn durch Alkohol und Nikotin verschlechtert haben. Ein mir bekannter Kollege erzählte, daß er für alle Gerüche ein viel besseres Empfinden habe, seitdem er den Genuß von Alkohol und Tabak nahezu völlig aufgegeben habe. Die Besserung seiner Geruchsempfindung merke er

besonders daran, daß er die Qualität eines Weines weit besser mit der Nase als mit der Zunge erkennen könne, und daß er von dem Aroma eines wertvollen Pfälzers einen weit höheren Genuß habe, als von dem Geschmack dieses Weines.

Daß Tiere einen weit besseren Geruch haben als die Menschen, können wir alle Tage beobachten. Den hohen Geruchssinn der Hunde hat die Polizei sich vielfach zunutzen gemacht.

Eine Vervollkommnung des Geruchsinnes durch Übung ist zweifellos möglich. Der Praktiker sollte keine Gelegenheit versäumen, seinen Geruchsinn zu verfeinern. Er wird davon bei der Diagnose sicherlich manchen Vorteil haben. Vor allen Dingen sollte er sich bemühen, seinen Geruchsinn durch Genuß von Alkohol und Nikotin nicht zu verschlechtern. Man spricht nicht umsonst von der „guten Nase", die manchen berühmten alten Diagnostikern eigen war. Wenn man sich erzählt, daß ein bekannter Kliniker, dem seine Assistenten sehr umständlich über die diagnostischen Schwierigkeiten eines Falles berichtet und alle diagnostischen Möglichkeiten vorgeführt hatten, nur einmal in den Kranken hineinzuriechen brauchte, um die Krankheit mit Sicherheit zu erkennen, so liegt darin gewiß die Bedeutung, die der Geruchsdiagnose zukommt, in bester Weise ausgedrückt.

Über das Händewaschen.

Vor vielen Jahren hatte ich ein peinliches Erlebnis. Mit einem hochstehenden älteren Vertreter der Chirurgie war ich zu einem Konsilium bei einem bekannten Industriellen gebeten worden, dessen Frau

mir schon von früher her als außerordentlich zungenfertig bekannt war. Es handelte sich um eine Mastdarmfistel, bei der zu entscheiden war, ob eine Operation vorzunehmen sei oder nicht. Nachdem die nötigen anamnestischen Fragen erledigt waren, bat der betreffende Kollege, die Fistel besichtigen zu dürfen. Er forderte den Kranken auf, sich auf die Seite zu legen und begann die Mastdarmgegend mit seinen Händen zu untersuchen. Als er eben die Umgebung der Fistel betasten wollte, ertönte die freundliche Mahnung der Hausfrau: „Herr Professor, wollen Sie nicht erst Ihre Hände waschen?"

Ich wäre am liebsten im Lande des Pfeffers oder anderswo gewesen und habe jetzt noch, nachdem wohl 30 Jahre vergangen sind, unbehagliche Gefühle, wenn diese peinliche Szene aus meinem Unterbewußtsein plötzlich auftaucht.

Dies Erlebnis ist mir im Gedächtnis geblieben, und ich bin nicht müde geworden, es meinen Assistenten immer wieder zu erzählen. Ich glaube auch, daß es bei den Assistenten Eindruck gemacht hat, und daß sie die für ihre Praxis nötigen Schlüsse daraus gezogen haben.

Wenn man in der Chirurgie vom Händewaschen spricht, so meint man in der Regel das Händewaschen vor großen Operationen. Jeder weiß, daß dies Händewaschen genau nach Vorschrift erfolgen, und daß die bekannte Technik (*Fürbringer, Ahlfeld*) sorgfältig eingehalten werden muß. Es ist anzunehmen, daß diese Technik allgemein bekannt ist, und daß Verstöße gegen dieselbe selten sind.

Von dieser Technik wollen wir an dieser Stelle nicht sprechen. Man müßte dazu die ganze Lehre der Asepsis streifen, was uns hier zu weit führen würde.

Wenn hier vom Händewaschen gesprochen werden soll, so soll dabei dasjenige Händewaschen berücksichtigt werden, das als ein Teil der gewöhnlichen körperlichen Sauberkeit gilt, und das von jedem Arzt, und zumal vom Chirurgen vorgenommen werden muß. Daß jeder Arzt auf wohlgepflegte Hände mit sauberen Nägeln größten Wert zu legen hat, ist selbstverständlich. Daneben muß er noch auf etwas anderes achten. Jeder Arzt hat wohl einmal Gelegenheit selbst Patient zu sein und kann dann bei seinen Fachkollegen die merkwürdigsten Beobachtungen anstellen. Nehmen wir an, er habe das Pech an einem Panaritium zu leiden und müsse deswegen öfter die Sprechstunde eines Kollegen aufsuchen. Er wird dann vielleicht bemerken, wie der Kollege die vom Eiter beschmutzten Binden mit den Fingern abwickelt und dann mit den gleichen Fingern, ohne die Hände gewaschen zu haben, die Umgebung der Wunde abtastet. Schaden wird diese Art der Wundbehandlung vielleicht nicht bringen. Einen Arzt jedoch, der auf Sauberkeit seiner Hände hält, wird diese Methode ein wenig unangenehm berühren, und er wird sich vornehmen, es selbst in Zukunft besser zu machen.

Bei unseren Kollegen von der zahnärztlichen Fakultät können wir alle sehen, wie man es zu machen hat, und wie man es nicht machen soll. Es gibt Zahnärzte, die vor jeder Untersuchung des Mundes an ihren Waschtisch gehen und sich sorgfältig für ihre Arbeit reinigen. Jeder, der das Unglück hat, einen kranken Zahn zu haben, fühlt sich durch diese Reinlichkeit seines zahnärztlichen Helfers angenehm berührt und denkt sich, daß der Mann auch im übrigen sein Geschäft sauber betreibt. Kommt hingegen der betreffende Zahnarzt mit ungewaschenen

Fingern in die Mundhöhle des Zahnkranken, und läßt er womöglich an den Fingern die Düfte der eben genossenen Mahlzeit oder der weggelegten Zigarre erkennen, so wird jeder Patient innerlich den Wunsch hegen, die freundliche Mahnung der obenerwähnten Industriellenfrau auch an diesen Vertreter der Zahnheilkunde richten zu dürfen.

Wenn man in einem chirurgischen Betriebe Ordnung halten will, so muß man auf alle Kleinigkeiten achtgeben. Man wird sich dabei nicht immer sehr beliebt machen und wird manchen zweifelnden — teils höhnischen, teils brummigen — Gesichtern sich gegenüber sehen. Das irgendwie tragisch zu nehmen, gewöhnt man sich mit der Zeit ab. Versichern kann ich aber, daß meine früheren Assistenten mir immer wieder berichten, daß meine pedantische Strenge gerade gegenüber den Kleinigkeiten des Betriebes ihnen für die Praxis manchmal viel mehr genützt hat als die schönste chirurgische Technik.

Vor jeder ärztlichen Handlung, bei der eine Wunde untersucht werden soll oder bei der der Arzt in Berührung mit dem Gesicht des Kranken oder der Mundhöhle kommen wird (Narkose!), müssen die Hände gewaschen werden. Dieses Händewaschen kann natürlich in keiner Weise so angesehen werden, als ob dadurch eine Art Desinfektion erfolgen solle. Aber trotzdem gehört das Händewaschen in gewissem Sinne zu der persönlichen Asepsis. Jeder Arzt, der in der Nähe einer Wunde sich mit seinen Fingern zu schaffen machen muß, soll die Empfindung haben, daß er an diese Wunde nicht hinkommen darf, und daß er durch das Berühren der Wunde einmal dem Patienten schaden und zweitens seine eigenen Hände infizieren kann. Das ist ja das Geheimnis der per-

sönlichen Asepsis: der Arzt soll seine Hände stets durchaus sauber halten. Er muß wissen, daß überall, wohin er mit seinen Händen greift, die infektiösen Keime darauf warten, sich auf seinen Händen festzusetzen. Zumal im Krankenhausbetrieb, von dem wir ja wissen, daß er stets mit Eiterkeimen zu rechnen hat, sitzen diese Keime überall: an den Türklinken, an den Waschtischgriffen, an den Hörrohren, am Zentimetermaß, am Telephon, in den Krankengeschichtsblättern, an den Röntgenbildern und zumal an der Haut der Kranken. Wenn man einen Patienten mit einem künstlichen After oder mit irgendeiner eiternden Wunde in der Mundhöhle hat, so kann man sicher sein, daß dieser Kranke sich im Laufe des Tages an seinem künstlichen After oder an seiner Wunde öfter zu schaffen macht. Ein kräftiger Händedruck seitens der Kranken ist dann leicht in der Lage, die betreffenden Bakterien auf die Hand des Arztes überwandern zu lassen. Als Arzt denkt man an diese Tatsache nicht immer, manchmal aber bekommt man den Gang der Infektion zu sehen und wird dann schon veranlaßt, seine Finger zu schützen. Es tut einem immer leid, wenn man die Kranken, die einem recht herzlich die Hand entgegenstrecken, nicht mit einem entsprechenden Händedruck begrüßen kann. Wenn man aber im Geist die Keime sieht, die an dieser Hand kleben, so muß man doch von einer solchen herzlichen Gefühlsäußerung Abstand nehmen und eine vorsichtigere Form wählen. Viele Ärzte machen ihren Rundgang, die Hände mit Gummihandschuhen oder Zwirnhandschuhen bekleidet. Das ist auch nicht jedermanns Sache. Ich habe mir schon lange angewöhnt, die Händedrücke der Kranken in der Weise abzufangen, daß ich mit der einen Hand den Vorder-

arm des Kranken oberhalb des Handgelenkes herzlich fasse und mit der anderen Hand den Puls fühle. Das ist ein Ersatz, der im allgemeinen freundlich aufgenommen und warm empfunden wird. Die Fascisten haben, wie in vielen Dingen, auch darin recht, daß sie das Händeschütteln abgeschafft haben. So weit werden wir in Deutschland kaum kommen.

Den besten Schutz gegen jede Infektion beim Verbandwechsel gewährt das fingerlose Verbinden. Die Verlängerung unserer Tastorgane durch zwei Pinzetten setzt uns in den Stand, den Verbandwechsel einer einfachen Wunde so durchzuführen, daß eine Verunreinigung der Wunde oder der Finger des verbindenden Arztes vollkommen ausgeschlossen ist. Theoretisch gesprochen besteht keine Notwendigkeit, daß der Arzt sich vor und nach einem solchen Verbandwechsel die Hände wäscht. Wenn ich trotzdem darauf bestehe, daß vor und nach einer solchen Manipulation eine Händereinigung stattfinde, so leiten mich dabei folgende Gründe:

Das Gefühl für die unbedingte Notwendigkeit der Händereinigung muß dem Arzt ständig innewohnen. Unterläßt er die Händereinigung in einem der genannten Fälle, bei denen sie theoretisch nicht notwendig ist, so wird dieses Gefühl, das ihn immer begleiten soll, zweifellos herabgesetzt. Man wird nachlässiger in seinen Forderungen an die Sauberkeit und kommt so in die Gefahr, es auch bei einer anderen Gelegenheit mit dem Händewaschen nicht so genau zu nehmen. Will man gewissenhaft sein, so muß man sich so weit erzogen haben, daß man immer ein unangenehmes Gefühl in seinen Händen spürt, wenn man vor einer ärztlichen Untersuchung oder Wundbehandlung nicht eine grob-mechanische Reini-

gung vorgenommen hat. Folgerichtig muß man sich auch vor der Rektumuntersuchung waschen. Wer sich zu einer guten persönlichen Asepsis erziehen will, muß an der regelmäßigen Händereinigung festhalten.

Aus diesem Grunde ist zu verlangen, daß vor und nach jedem Verbandwechsel die Hände, wenn auch nur kurz, mechanisch gereinigt werden; auch beim rein aseptischen Verbandwechsel. Daß beim Verbandwechsel einer eitrigen Wunde eine Reinigung stattzufinden hat, ist selbstverständlich. Da man nie sicher wissen kann, ob eine Wunde sauber oder infiziert ist, so ist es auch aus diesem Grunde einfacher, an der Forderung der regelmäßigen Händereinigung festzuhalten.

Ähnlich wie mit dem Verbandwechsel ist es mit dem Katheterisieren. Auch hier ist durchaus zuzugeben, daß mit Hilfe von 2 Pinzetten ein aseptischer Katheterismus leicht auszuführen ist. Mit Unterstützung eines anstelligen Gehilfen, der das Glied hält, kann man den Katheter leicht einführen, ohne etwas anderes als die Pinzette zu berühren. Und trotzdem ist die Händereinigung vor und nach dem Katheterismus unbedingt zu fordern. Einmal aus den schon oben genannten prinzipiellen Gründen. Und weiter ist festzustellen, daß trotz aller Sorgfalt die Hand doch einmal in Berührung mit dem Katheter kommen kann, oder nach dem Katheterismus durch den zersetzten Urin infiziert wird. Diese Möglichkeit ist der Grund, dessentwegen auch für den Katheterismus an der grundsätzlichen Händereinigung festgehalten werden muß, von der allgemeinen Forderung der Sauberkeit ganz abgesehen.

Noch ein anderer Punkt ist gerade beim Katheterisieren zu berücksichtigen. In einem Krankenhaus

wird dem Arzt der vorschriftlich sterilisierte Katheter überreicht. Der Arzt vollzieht die Entleerung der Blase und legt den Katheter in einer bereitstehenden Schale ab, ohne sich um die weitere Behandlung des Katheters zu kümmern. In einem größeren Betrieb ist das wohl nicht anders möglich. Ganz richtig ist es aber nicht und für die Erziehung der jungen Ärzte zweifellos bedenklich. Eigentlich soll sich jeder junge Arzt persönlich überzeugen, wie der Katheter vorbereitet worden ist. Noch viel wichtiger aber ist es, daß er nach dem Gebrauch selbst die nötigen Manipulationen einleitet, die den gebrauchten Katheter wieder in den Zustand der Asepsis zurückversetzen. Dazu ist es unbedingt notwendig, daß der Arzt den Katheter durchspritzt und ihn eigenhändig mit Seife und heißem Wasser von den anhängenden Fetteilen befreit. Erst wenn das geschehen ist, hat er das Recht, den Katheter abzulegen und ihn der Schwester zum erneuten Auskochen oder Desinfizieren in Formalindämpfen zu übergeben.

Daß nach all diesen Manipulationen eine gründliche Reinigung der Hände stattzufinden hat, braucht nicht näher begründet zu werden.

Der Gebrauch der Gummihandschuhe ist von mancher Seite als ein Ersatz der Händereinigung beim Verbandwechsel und bei den gewöhnlichen Untersuchungen bezeichnet worden. Ich kann diese Anschauung nicht ganz teilen. Meiner Ansicht nach verführt der Gummihandschuh den Arzt manchmal dazu, in seiner Asepsis nachlässiger zu werden. Man denkt zu leicht, daß die Finger unter den Gummihandschuhen geschützt sind und eine Infektion weder erleiden, noch weitergeben können. Man kommt so in Versuchung, ohne lange Reinigung mit den Gummi-

handschuhen von einem Kranken zum anderen zu gehen und ohne neue Reinigung sich dem nächsten Kranken zu widmen. Mit Gummihandschuhen hält man es nicht für gefährlich, eine eiternde Wunde oder eine Phlegmone abzutasten und läuft so Gefahr, die Infektion von einem Kranken auf den andern weiterzuverbreiten. Da scheint mir schon die Methode der 2 Pinzetten weit besser zu sein, da ohne Schutz der Gummihandschuhe jeder weit mehr den Zwang fühlt, den infizierten Teilen fernzubleiben.

Vor operativen Eingriffen besteht auch bei mir die Vorschrift, etwa notwendige Verbandwechsel unter dem Schutz von Gummihandschuhen vorzunehmen. Es wird dabei aber streng achtgegeben, daß nur mit Pinzetten gearbeitet wird, und daß keinerlei Berührung der Gummihandschuhe mit irgendwie verdächtigen Teilen erfolgt.

In welcher Weise die viel geforderte Händereinigung zu erfolgen hat, das ist Geschmacksache. Das einfachste ist die Reinigung mit heißem Wasser und Seife. Diese gute alte Methode ist sicher immer noch die beste und macht vor allen Dingen ästhetisch den erfreulichsten Eindruck. Ein Waschen der Hände mit Alkohol ist daneben durchaus zu billigen. Bei uns besteht die Vorschrift, daß vor jedem Verbandwechsel die Hände mit Alkohol und nach jedem Verbandwechsel mit warmem Wasser und Seife gereinigt werden sollen.

Eine sorgfältige Reinigung der Hände hat nicht nur eine rein medizinische, sondern auch eine ästhetische Bedeutung. Wenn man auf der einen Seite manchmal hören muß: „Der Doktor H. ist ein ganz braver Mann, er wäscht sich aber nie seine Hände“,

so kann man auf der anderen Seite erfahren: „Der Doktor *Y.* ist ein sehr angenehmer Herr, er wäscht sich gründlich nicht nur nach, sondern sogar vor jeder Untersuchung.“ Das Waschen vor der Untersuchung hat seine besonders große Bedeutung. Wenn ich in ein Haus zu einem Konsilium komme, so verlange ich sofort, bevor ich den Kranken anschaue, Seife und warmes Wasser. Ich halte es nicht für unbedingt notwendig, mich vor einer gewöhnlichen Untersuchung zu waschen, ich weiß aber, daß ich nach der Untersuchung unbedingt das Bedürfnis habe, meine Hände zu reinigen. Wasche ich mich vorher, wird das von dem Patienten und seinen Angehörigen angenehm empfunden, und man richtet mir sofort frisches Wasser und Seife her, damit ich mich nach der Untersuchung waschen kann. Für den Kranken ist es jedenfalls wichtiger, daß der Arzt sich die Hände vor der Untersuchung als nach der Untersuchung reinigt.

Bei der überhandnehmenden Nikotinseuche ist die Hand vieler Ärzte dauernd mit Zigarettengerüchen behaftet. Ist es für einen nicht diesem Laster verfallenen Menschen schon oft eine Qual, die Tabakdüfte eines Mitarbeiters zu ertragen, so wird diese Qual größer und größer, wenn die mit Tabakgeruch behafteten Hände den Geruchsorganen des anderen nahekommen. Eigentlich sollte aus diesem Grunde jeder Arzt sich erziehen, vor seiner Tätigkeit nicht zu rauchen, um den Kranken, dem er doch immer sehr nahe kommen muß, nicht zu belästigen. Unbedingt zu fordern ist es aber aus diesem Grunde, daß der Arzt bei allen Manipulationen, die ihn in die Nähe des Gesichtes des Kranken bringen, eine sorgfältige Reinigung der Hände vor allen Manipulationen vornimmt.

Der tägliche Blinddarm.

Wenn man als alter Chirurg 45 Jahre zurückdenkt und sich erinnert, welche Aufregung und welche Debatten Ende der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts ein einziger Fall von Exstirpation eines Wurmfortsatzes hervorrief, wenn man sich dabei ins Gedächtnis ruft, wie die erfahrensten Chirurgen Wert darauf legten, diese Operation zu jeder Tages- und Nachtzeit eigenhändig auszuführen, und wenn man sich dann die Regelmäßigkeit vorstellt, mit der heutzutage nahezu täglich, auch an kleineren Anstalten, ein Fall von Blinddarmentzündung eingeliefert wird, so ist man immer wieder erstaunt über den Wechsel, der sich in der Häufigkeit dieser rätselhaften Krankheit vollzogen hat.

Die Hälfte aller heute zur Operation kommenden Appendizitisfälle ist sicher ganz harmloser Art. Man darf vielleicht sogar sagen, daß bei einem großen Prozentsatz es sich überhaupt nicht um Appendizitis handelt. Die andere Hälfte ist aber doch höchst bedenklicher Natur, und wenn man überlegt, welch eine große Mühe oft auch dem Erfahrenen die Unterscheidung von harmlosen und schweren Fällen bereitet, so kann man nur immer wieder fordern, jedem Falle von Baucherkrankung, bei dem auch nur der leiseste Verdacht auf Appendizitis besteht, die größte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

In meiner Anstalt, die bei Höchstbelegung 65 Betten zählt, sind in den letzten 4 Jahren im ganzen 952 Blinddarmoperationen vorgenommen worden. Unter diesen 952 Blinddarmerkrankungen waren: 275 chronische (teils rezidivierende, teils rein chronische) und 677 akute Appendizitisfälle. Von diesen 677 akuten Appendizitisfällen zeigten 401 die katar-

rhalische und 276 die destruktive Form. Unter den destruktiven Fällen sind nur solche aufgenommen, welche eine Gangrän der Wurmfortsatzwand aufgewiesen haben, d. h. solche, welche bei nicht chirurgischer Behandlung voraussichtlich zu einer eitrigen Bauchfellentzündung und mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer schweren Gefährdung des Lebens geführt haben dürften. Man fragt da immer wieder, wie ist es möglich, daß in großen chirurgischen Krankenhäusern im Jahre 1885 nur eine ganz spärliche Zahl dieser merkwürdigen Erkrankung vorkommen konnte, und daß jetzt die schwere Blinddarmentzündung auch in kleineren Anstalten zu einem fast täglichen Ereignis geworden ist. Der Betrieb auch einer kleinen Anstalt ist durch diese vermehrten „Blinddarmfälle" stark belastet.

Die Blinddarmentzündungen treffen regellos während jeder Tageszeit ein. Wie es bei der Nervosität unserer Zeit selbstverständlich ist, und wie es ja auch der Sachlage nach in der Regel notwendig ist, wird die s o f o r t i g e Operation in jedem Falle verlangt. Das Operationsprogramm, das am Abend vorher in sorgfältigster Weise, vor allen Dingen mit Rücksicht auf die septischen und aseptischen Fälle aufgestellt ist, wird so und so oft umgestoßen. Zwischen 2 Strumen oder 2 Hernien muß eine Appendix eingeschoben werden. Die allgemeine Operationsregel lautet: die bei einer hochaseptischen Operation beteiligten Herren dürfen vorher an einer septischen Handlung nicht teilgenommen haben. Wie soll man dieser Forderung gerecht werden, wenn ein perforierter Wurmfortsatz den sofortigen Eingriff fordert? Auch der beste Gummihandschuh hat gelegentlich einen kleinen Riß, durch den der Eiter eindringen kann, und so kann die Asepsis leicht eine Gefährdung

erleiden. Es bedarf der ganzen Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit aller bei der Operation beschäftigten Ärzte und Schwestern, wenn sie die aus dieser Sachlage drohenden Gefahren vermeiden wollen. In großen Anstalten können immer zwei nicht aseptisch eingeteilte Assistenten für diese Notfälle abgestellt werden, in einer kleinen Anstalt, mit einer beschränkten Assistentenzahl, ist das meistens unmöglich.

Die während des Nachmittags eintreffenden Blinddarmfälle verursachen in der Regel keine so große Störung, und die junge Chirurgie ist froh, wenn sich ihr auf diese Weise reichlich Gelegenheit zum Operieren bietet.

Die bei der Nacht eintreffenden Blinddarmfälle stellen an das ärztliche und Pflegepersonal ganz ungewöhnliche Anforderungen. Es gehört schon eine gewisse jugendliche Begeisterung dazu, abends 9 Uhr und dann wieder nachts um 1 Uhr bei einer Appendizektomie tätig zu sein und dann früh um 7 Uhr mit dem gleichen Schwung die tägliche Arbeit aufzunehmen.

Ich denke oft mit einem lächelnden und einem weinenden Auge an meine Assistentenzeit zurück, wo wir Wochen hindurch nicht in unserer Nachtruhe gestört wurden, allerdings auch wenig Gelegenheit zu selbständigem Operieren hatten. Und ich freue mich heute, wenn meine Assistenten reichlich Anlaß haben, ihre diagnostischen und technischen Fähigkeiten zu vervollkommnen, bedaure sie aber, wenn sie so häufig in ihrer, gerade in der Jugendzeit so hoch geschätzten Nachtruhe gestört werden. Aber allen Respekt vor den jungen Chirurgen! Es mögen 2 oder gar 3 Blinddärme in der Nacht gekommen sein, alle Assistenten sind morgens $^{3}/_{4}7$ Uhr pünktlich beim Dienst, und die Krankengeschichten der

3 Operierten liegen mit Anamnese, Befund, Operationsbericht und Operationsskizze, wohl geordnet, auf meinem Schreibtisch.

Der männliche Organismus hält im allgemeinen derartige Stöße gut aus. Was soll aber mit den guten Schwestern geschehen, die nicht nur bei der Operation tätig zu sein haben, sondern die auch noch die vorbereitenden Maßnahmen zu treffen und nach der Operation die Ordnung im Operationssaal wieder herzustellen haben, eine Tätigkeit, auf die insgesamt 2 Stunden leicht entfallen? In großen Anstalten, in denen jede Nacht irgendein akuter Fall eingeliefert wird, muß selbstverständlich der Schwesterndienst so geregelt werden, daß die bei Tag tätigen Schwestern nachts ihre völlige Ruhe haben, und daß bei Nacht eine andere Schwesterngruppe eintritt. Aber auch in kleineren Anstalten, bei denen die Operationsschwestern gewöhnlich von 6 Uhr früh bis 7 Uhr abends andauernd beschäftigt sind, muß Vorsorge getroffen sein, daß für die Notfälle der Nacht eine sogenannte Aushilfsoperationsschwester bereit ist. Das kostbare Gut der Schwesterngesundheit muß von jedem Krankenhausleiter ständig gut gehegt und vor allzu großer Belastung bewahrt werden.

Unter den zur Einlieferung kommenden Blinddarmfällen finden sich nicht selten solche, die keine Blinddarmfälle sind. Die Sorge der Praktiker, etwas zu versäumen, läßt sie bei jeder mit Bauchschmerzen einhergehenden Erkrankung an Appendizitis denken, und die Chirurgen dürfen nur herzlich froh sein, daß die chirurgische Einstellung der Praktiker in den letzten Jahren so gute Fortschritte gemacht hat. Für die Krankenanstalten ist dadurch allerdings eine bedeutende Mehrarbeit bedingt, nicht so sehr operativer als diagnostischer Art. Bei den vielen zugehen-

den unklaren Fällen kostet es oft eine lange und mühselige Überlegung, um zu entscheiden, ob eine Appendizitis vorliegt oder nicht. Jedes Lehrbuch der Chirurgie gibt darüber Auskunft, wie häufig die Blinddarmentzündung mit allen möglichen anderen Krankheiten verwechselt wird. Der Chirurg hat in jedem Falle einer ihm zugewiesenen Appendizitis sorgfältig zu prüfen, ob auch wirklich eine Appendizitis vorliegt, und ob eine Operation unbedingt notwendig ist. Die zu der Differentialdiagnose erforderliche Zeit ist oft recht lang, und die Verantwortung, die dem betreffenden diensthabenden Arzt erwächst, ist nicht gering.

In erster Linie sind die Erkrankungen anderer Bauchorgane auszuschließen; Cholezystitis, Pyelitis, Adnexitis, Magengeschwürperforation, Tubenschwangerschaft, Ovarialblutung, Netztorsion, Ureterkolik, um nur die allerhäufigsten zu nennen, sollen in jedem Falle sorgfältigst berücksichtigt werden.

Aber auch das große Heer der harmlosen Darmstörungen: leichte Darmverstimmungen, Darmkatarrh, Verstopfung darf nicht vernachlässigt werden. Selbst der Tüchtigste steht in solchen Fällen oft vor einer unlösbaren Aufgabe, und wenn auch die Exstirpation eines gesunden Wurmfortsatzes unter Umständen gerechtfertigt werden kann, eine Fehldiagnose ist immer mißlich. Und weiter die entzündlichen Erkrankungen außerhalb der Bauchhöhle. Genannt seien die Pneumonie, die Pleuritis, die Epididymitis, die Leistendrüsenentzündung. Der Unerfahrene wird vielleicht staunen, daß eine Verwechslung mit diesen Krankheiten überhaupt vorkommt. Und doch kommt sie vor, selbst bei den Erfahrensten.

Und schließlich die allgemeinen Infektionskrankheiten: Typhus, Scharlach, Masern, Angina.

Jeder Erfahrene weiß, daß bei jeder Infektionskrankheit Bauchschmerzen auftreten können, und in unserer blinddarmfrohen Zeit wird immer der Gedanke an den Wurmfortsatz jedem zuerst aufstoßen. Welchen Verdruß es macht, wenn 3 Tage nach der Exstirpation eines unschuldigen Wurmfortsatzes das Masernexanthem zum Vorschein kommt, das weiß nur derjenige, der es selbst erlebt hat.

Besondere Schwierigkeiten macht die Differentialdiagnose bei kleinen Kindern. *Drachter* hat darauf in seinem mit *Goßmann* herausgegebenen Handbuch ausführlich hingewiesen und dem Praktiker wertvolle Anhaltspunkte gegeben. Wie oft haben meine Assistenten und ich lange Zeit ein unruhiges, schreiendes Kind hin und her betrachtet und untersucht, ohne zu einer sicheren Diagnose kommen zu können. Die Beurteilung eines solchen kleinen, zappelnden Wurmes, der mit dem Verdacht auf Appendizitis in die Anstalt geschickt worden ist, macht immer besondere Schwierigkeiten. Wie soll man sich über die Verhältnisse der Bauchdecken klar werden, wenn das Kind fortdauernd schreit? Man kann da nur den guten Rat geben: Geduld haben und immer wieder Geduld haben. Durch geeignete Ablenkung des Kindes wird es schließlich doch immer gelingen, sich über die Spannungsverhältnisse der Bauchwand und über die Schmerzhaftigkeit Sicherheit zu verschaffen. Vor allen Dingen ist ein Vergleich der beiden Darmbeingruben immer von höchster Bedeutung, und in einer Schreipause wird es wohl immer gelingen können, Unterschiede in der Bauchdeckenspannung festzustellen oder auszuschließen. Eine genaue Beobachtung des Kindes dabei wird auch stets Gewißheit darüber geben, ob der Druck schmerzhaft ist oder nicht. *Drachter* macht

mit Recht darauf aufmerksam, daß es ganz falsch ist, ein Kind zu fragen, ob es weh tut. Man soll nach dem Gesichte des Kindes sehen und beobachten, wie es sich der Palpation gegenüber verhält.

Von größter Bedeutung ist gerade bei Kindern das allgemeine Verhalten der kleinen Patienten. Sehr hohe Temperaturen sind bei Appendizitis selten. Ein stark gerötetes Gesicht und ein erhitztes Aussehen sprechen mehr für eine Affektion der Lungenorgane. Erbrechen ist immer von größter Bedeutung. Ein Kind, das sich im Bett spontan aufsetzt, hat im allgemeinen keine schwere Appendizitis. Nie versäume man, die Anamnese genau aufzunehmen. Sehr wichtig ist es, zu wissen, ob das Kind in der Nacht vorher ruhig oder unruhig war. Eine ruhige Nacht läßt eine schwere Form von Appendizitis ausschließen, eine unruhige Nacht ist immer verdächtig. Daß in allen Fällen eine Leukozytenuntersuchung, eine Röntgendurchleuchtung, eine Rektaluntersuchung vorgenommen werden soll, sei nachdrücklich hervorgehoben.

Diese kurzen Andeutungen mögen genügen, um darauf hinzuweisen, welche Bedeutung die Diagnose der Appendizitis in dem täglichen Betriebe einnimmt. Die Diagnose soll schnell gestellt sein, eine Fehldiagnose schädigt das Wohl des Kranken und das Ansehen der Krankenanstalt. Trotz aller Erfahrung lernt auch der Beste und Gewissenhafteste nie aus. Ich denke noch mit steten Selbstvorwürfen an eine vor nicht langer Zeit gemachte Fehldiagnose. Ich sage oft im Kreise meiner Assistenten, je mehr man erfahren hat, desto unsicherer wird man, weil man die seltenen Möglichkeiten oft zu sehr berücksichtigt. In der Mehrzahl der Fälle liegt bei Zweifeln doch eine Appendizitis vor, und dementsprechend soll man

handeln. Bei unklaren Bauchschmerzen ist in der großen Mehrzahl der Fälle eine Appendizitis anzunehmen.

Die ärztliche Gehilfin.

Vor kurzem erzählte mir ein Kollege vom Lande, daß er bei Übernahme eines neuen Kassenpatienten dessen Namen im ganzen zehnmal zu schreiben habe. Ich habe die Richtigkeit dieser Angabe nicht nachprüfen können. Mag die Zahl der Einträge vielleicht ein wenig übertrieben sein, sicher ist, daß die soziale Gesetzgebung an die reine Schreibarbeit des Arztes ganz ungeheuerliche Anforderungen stellt, Anforderungen, die zum Teil der Ausbildung und der wissenschaftlichen Stellung des Arztes durchaus unwürdig sind. Die genaue Ausfüllung der Personalien des Kranken, die Feststellung der in Betracht kommenden Krankenkasse und des Arbeitgebers, die verlangten Einträge über Erwerbsfähigkeit, über Ausgehzeit, über das Vorliegen eines Unfalles, die verschiedenen Einträge am Kopfe des Rezeptes, die mancherlei Anfragen der Krankenkassen über Dauer und Ursache des Leidens, die Frage, ob es möglich war, an dem und dem Tage ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis einzugehen, die Frage nach der objektiven Erwerbsunfähigkeit u. dgl. belasten die Zeit des Arztes in einer manchmal unerträglichen Weise. Wenn man die für jeden Kranken täglich notwendige Schreibarbeit auf mindestens 3 Minuten ansetzt, so dürfte das nur eine niedrige Schätzung sein. Bei einem beschäftigten Kassenarzt sind in 120 Minuten oft — ich rechne wenig — 30 Kranke zu versorgen, macht pro Kopf 4 Minuten. 3 Minuten fallen auf die Schreibarbeit:

bleibt für die ärztliche Untersuchung, Beratung und Behandlung im Durchschnitt 1 Minute!

Bei dieser geisttötenden Schreibarbeit ist es wirklich kein Wunder, wenn die übrige Schreibtischarbeit des Arztes zu kurz kommt. Die Klagen über die lange Verzögerung, welche die an die Ärzte gerichteten Anfragen der Behörden häufig erleiden, sind leider nicht selten. Sind sie aber nicht durchaus zu verstehen und zu entschuldigen? Wer will es dem Arzt, der neben der eigentlichen Berufsarbeit zur Erledigung seiner laufenden Tagesgeschäfte so unendlich viel Schreibarbeit zu leisten hat, verdenken, wenn er die Beantwortung der nicht unbedingt dringenden Anfragen immer und immer wieder verschiebt? Hindert doch diese Überlastung des Arztes mit Schreibarbeit ihn oft an der ordnungsmäßigen Erledigung der unbedingt notwendigen persönlichen Buchführung. Nach des Tages Arbeit sollen kurze Krankengeschichten geschrieben, die Einträge in die Bücher vorgenommen und die Rechnungsbeträge ausgesetzt werden. Ich kenne viele Ärzte, denen mit bestem Willen die Zeit dazu vollkommen fehlt und die oft am Ende des Monats oder des Vierteljahrs sich nächtelang hinsetzen müssen, um nur ihre Krankenlisten in Ordnung zu bringen. Die Geschäftsstellen der Ärztevereine können immer wieder erzählen von Kollegen, die nicht dazu zu bringen sind, ihre Krankenlisten zu dem vorgeschriebenen Termin abzuliefern; eine Verzögerung der Honorarauszahlung ist die Folge dieser in vielen Fällen sicherlich zu entschuldigenden Nachlässigkeit. Die Rechnungen der Privatpraxis werden heute noch nicht mit der Regelmäßigkeit ausgesandt, die zur Hebung der wirtschaftlichen Belange des Arztes unbedingt notwendig ist. Die von dem Kollegen *Graf*-Gauting ins Leben

gerufenen Verrechnungsstellen für die Privatpraxis sind sicher geeignet, hier gründlich Wandel zu schaffen.

Solange die soziale Versicherung des deutschen Volkes in dem Tempo der letzten Zeit immer weitere Kreise einbezieht, ist mit einer Besserung der eben erwähnten Verhältnisse nicht zu rechnen. Die Schreibarbeit des Arztes, für die bekanntlich eine Bezahlung nicht geleistet wird, wird noch weiter zunehmen. Die Folge kann nur eine Verschlechterung der ärztlichen Leistung sein, da für die eigentliche Behandlung des Kranken weniger und weniger Zeit übrig bleiben wird.

Seit dem Erlaß der bekannten kaiserlichen Botschaft vom Jahre 1881 bemüht sich der Ärztestand mit allen Kräften, der immer mehr zunehmenden Senkung seines Ansehens und seiner wirtschaftlichen Verhältnisse entgegenzuarbeiten. Er kämpft gegen die Zunahme der Medizinstudierenden, gegen den Terrorismus der von der Regierung gestützten Krankenkassen, gegen die Kurpfuscherei innerhalb und außerhalb unseres Standes; alles durchaus zu billigende Bestrebungen, denen sicherlich auch ein teilweiser Erfolg nicht abzusprechen ist. Einen richtigen Erfolg werden diese Bestrebungen aber nur dann haben, wenn es gelingt, die ethische und wissenschaftliche Stellung unseres Standes wieder zu heben.

Voraussetzung dazu ist eine bessere Ausbildung und eine bessere Fortbildung der Ärzte. Für die Ausbildung werden immer größere Aufwendungen gemacht. Die Fortbildung aber liegt noch sehr im argen. Fortbildungskurse und Besuche von Vorträgen allein tun es nicht. Der Arzt muß vor allen Dingen in die Lage versetzt werden, in den

Krankheitsfällen, die die Praxis ihm zuführt, seine Kenntnisse zu befestigen, aufzufrischen und zu erweitern. Nur unermüdliches weiteres Studium wird ihn die Höhe gewinnen lassen, die ihn den Konkurrenzkampf bestehen läßt, und die vor allen Dingen auch dem Ansehen seines Standes zugute kommt.

Zu dieser in bestem Sinne ärztlichen Fortbildung gehört eine gewisse Unabhängigkeit von allen Nebendingen des Lebens und der Praxis. Ganz ohne dieselben geht es gewiß nicht ab. Vieles läßt sich aber abstellen. Dazu rechne ich vor allen Dingen die Entlastung des Arztes von der unwürdigen Schreibarbeit, die nicht nur die allgemeine Berufsfreudigkeit, sondern auch den wissenschaftlichen Geist mehr und mehr schädigen muß.

Liek schreibt in seinem letzten Aufsatz über Ärzte und Volksgesundheit (M.m.W. 1926 Nr. 3), wie er vor langen Jahren bei der Aufnahme der Kassenpraxis von dem hohen Werte der sozialen Gesetzgebung überzeugt gewesen sei. Sehr bald aber habe er seine Überzeugung grundsätzlich geändert und eingesehen, daß die soziale Gesetzgebung nur zu einer hochgradigen Verweichlichung des Volkes führen müsse, und daß der gewissenhafte Arzt bei der durch die Gesetzgebung herbeigeführten Krankheitszüchtung nicht mittun dürfe. Das Schlimmste für ihn waren aber die endlosen Schreibereien. Nach seiner Meinung soll man Kranke mit Wissen und Können heilen, nicht aber durch Papier und Tinte.

Die Ausführungen *Lieks* können nicht genug beherzigt werden. Solange aber die soziale Versicherung besteht, und solange die Mehrzahl der Ärzte auf diese Erwerbsquelle angewiesen ist, muß die Schreib-

arbeit geleistet werden. Sie muß auch gut gemacht werden. Das erfordern die Belange der Kranken und der sozialen Versicherung, die bei uns Gesetz ist. Der beschäftigte Arzt kann mit der Schreibarbeit seine Zeit nicht vertun. Infolgedessen muß er diese Arbeit auf andere Schultern abwälzen, damit er Kopf und Hände für die eigentliche Berufsarbeit, d. h. für die Krankenbehandlung freibekommt.

Ein Kollege hat vor einiger Zeit gesagt, daß eine Kassenpraxis im Nebenamt auch von einer tüchtigen Buchhalterin versehen werden könne. Das ist natürlich nur cum grano salis zu verstehen. Aber es ist kein Zweifel, daß das eigentlich Kassentechnische ebensogut, vielleicht sogar besser, von einer gewandten Schreibhilfe geleistet werden kann. Also, warum wollen wir nicht klug handeln, das rein Geschäftliche einem anderen überlassen und uns mit viel größerer Ruhe und Gewissenhaftigkeit dem rein Ärztlichen widmen?

Erfreulicherweise ist diese Einsicht schon vielen Kollegen aufgegangen. Ich weiß von manchem Praktiker, der für mehrere Stunden des Tages eine Gehilfin beschäftigt, die ihm die Schreibarbeit der Sprechstunde abnimmt und ihn auch noch bei manchen nebensächlichen Dingen der Praxis entlastet. Eine solche ärztliche Gehilfin möchte ich allen Kollegen, die unter den genannten Mißständen leiden, auf das angelegentlichste empfehlen. Die nicht sehr großen Ausgaben für eine solche ärztliche Gehilfin werden sich sehr bald bezahlt machen.

Die Aufgaben einer solchen ärztlichen Gehilfin können neben der Sprechstundenarbeit sehr mannigfacher Art sein.

Was die Schreibarbeit in der Sprechstunde anbetrifft, so wiederhole ich noch einmal, daß dieselbe

sich in erster Linie auf alle Krankenkassenangelegenheiten beziehen muß. Eine einigermaßen intelligente Helferin wird sehr bald auch lernen, die Anamnese aufzunehmen, kurze Krankengeschichten anzufertigen und die gewöhnlichsten Rezepte zu schreiben. Gewisse Rezepte wiederholen sich stets von neuem, die Verordnung von Anistropfen, von *Blaudschen* Pillen, von Aspirinersatz, von Adalin, von Dicodidtabletten wird auch eine zuverlässige Helferin, natürlich stets unter der Aufsicht des Arztes, erledigen.

Daß man, wenn man eine Schreibhilfe zur Verfügung hat, die Sprechstundeneinträge viel sorgfältiger macht, ist selbstverständlich. Heute, wo nachträglich von Behörden, von Krankenkassen, von Berufsgenossenschaften, von Versorgungsämtern, von Lebensversicherungen, von Versicherungsgesellschaften alle möglichen Auskünfte verlangt werden, muß man auch in der Sprechstunde viel genauere Aufzeichnungen machen. Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich berichten, daß ich früher, als ich alle Schreibarbeit selbst zu machen hatte, mich oft mit der Eintragung der Diagnose begnügt habe. Seit etwa 10 Jahren lasse ich von jedem Fall eine kurze Vorgeschichte und einen genauen Befundbericht niederschreiben. Wenn man einen solchen Bericht diktieren kann, so hält das nicht weiter auf. Ich bin immer wieder angenehm überrascht, wenn ich bei den vielen an mich gelangenden Nachfragen solche Einträge, wenn sie auch noch so kurz und im Telegrammstil abgefaßt sind, zur Verfügung habe; auch das Unwesentlichste kann oft von großer Bedeutung werden.

Ähnlich geht es mit der Erledigung der Korrespondenz, die bekanntlich für viele Ärzte eine recht wenig beliebte Aufgabe ist und oft für viel schwieriger gehalten wird als die Anlegung einer

Zange oder eine Gallenblasenexstirpation. Die täglich fälligen Briefe an Krankenkassen, an Behörden, an Kollegen sind schnell diktiert und geschrieben. Daß man von jedem Brief eine Pause zurückbehält und alles schön alphabetisch ordnet, ist selbstverständlich. Die Anlage einer kleinen Registratur ist heute für jeden Arzt eine unbedingte Notwendigkeit und eine große Zeitersparnis. Auch das unwesentlichste Schriftstück soll aufgehoben werden. Noch nach Jahren kann die harmloseste Mitteilung einen großen Wert erhalten.

Auch sonst kann die Gehilfin dem Arzte während der Sprechstunde in mannigfachster Weise an die Hand gehen. Die gewöhnlichsten Untersuchungen von Auswurf, Urin, Stuhl und Blut wird sie bald lernen. Das Abnehmen der Verbände, das Anlegen der einfachen neuen Verbände wird ihr keine Schwierigkeiten machen. Die Anwendung der Massage, der Elektrizität, der Höhensonne, der Diathermie wird sie bald erfassen. Auch wird sie sich gut zur Beihilfe bei kleinen chirurgischen Eingriffen verwenden lassen. Die Vorbereitung des Kranken, das Herrichten der Instrumente und der erforderlichen Lösungen, die Assistenz bei dem Eingriff selbst wird jeder derartigen Hilfskraft besondere Befriedigung gewähren.

Gerade in diesem Punkte kann der Arzt sich erheblich entlasten und sich manche Arbeit, die ihm sehr unsympathisch ist, ersparen. Wer Gelegenheit hat, viel ärztliche Sprechzimmer zu sehen, weiß, wie wenig Wert mancher Arzt darauf legt, in seinen Instrumenten- und Verbandstoffschränken Ordnung zu halten. Was man gelegentlich in dieser Beziehung zu sehen bekommt, spottet aller Beschreibung. Bücher, Instrumente, Verbandstoffe, Injektionsampul-

len, Tablettengläser liegen in tollstem Wechsel bunt durcheinander, und es ist kein Wunder, wenn sich der betreffende Kollege in seinen Vorräten nicht zurechtfindet. Wie einfach ist es für eine Helferin, hier Ordnung zu schaffen und dem Arzte viel Zeit und Ärger zu ersparen.

Hat der Arzt die Absicht, sich einen Röntgenapparat anzuschaffen, so wird ihm diese Absicht wesentlich erleichtert, falls er über die Mitarbeit einer anstelligen Gehilfin verfügt. Die neuen einfachen Diagnostikapparate können von jeder Helferin ohne Schwierigkeit bedient werden. Die großen Vorteile, die dem Arzt daraus in seiner Praxis erwachsen, brauche ich hier nicht auseinanderzusetzen.

Geeignet für die Stellung einer derartigen Helferin ist jede Frau, die über eine ordentliche Schulbildung, ganz gleich welcher Art und über eine richtige Ordnungsliebe verfügt. Das letztere findet sich eigentlich bei jeder Frau. Die meisten Männer haben sie nicht, und zumal die Ärzte haben sie nicht. Und gerade für einen Arzt ist die Ordnung in allen schriftlichen und technischen Dingen unbedingt erforderlich.

Kann die Betreffende stenographieren, so ist das ein großer Vorteil. Nimmt sie es mit ihrer Arbeit ernst, so wird sie selbst in ihren Mußestunden die Stenographie erlernen und sich und dem Arzt noch mehr Zeit ersparen. Eine Schreibmaschine ist selbstverständlich eine große Annehmlichkeit, um so mehr, als sie ohne Schwierigkeit einen Durchschlag von jedem Brief gestattet. Die kleinen Schreibmaschinen sind jetzt so billig geworden, daß ihre Anschaffung für jeden Arzt möglich sein dürfte.

Am geeignetsten für eine derartige Stellung, sollte man meinen, ist die Frau des Arztes, falls eine solche da ist. Die Frau hat aber meistens so viel

andere Dinge bei der Versorgung des Hauswesens und bei der Kindererziehung zu tun, daß sie für die genannten Arbeiten oft keine Zeit findet. Eine eigene Persönlichkeit, die nur zu dem genannten Zweck da ist, ist sicherlich weit mehr empfehlenswert. Man mache zunächst den Versuch, die Helferin nur einige Stunden täglich zu beschäftigen. Der Versuch wird sich schnell lohnen, und sehr bald wird sich eine Halbtagsbeschäftigung und schließlich eine Ganztagsbeschäftigung als zweckmäßig erweisen.

In einer großen Stadt werden sich stets leicht Frauen und Mädchen finden, die eine derartige Stellung gerne übernehmen und sich in die entsprechenden Arbeiten und Handgriffe einweihen lassen. Alles was zur Krankenpflege gehört, reizt jede Frau in besonderem Maße und treibt sie an, das Beste zu leisten.

In kleinen Städten und auf dem Lande werden unter Umständen geeignete Persönlichkeiten schwer zu finden sein. Für die dort praktizierenden Kollegen möchte ich anregen, ob sie nicht den Versuch mit einer sogenannten Haustochter machen wollen. Ich habe mit Vergnügen vor kurzem von einem Kollegen gelesen, der an Stelle der Dienstboten jetzt nur noch sogenannte Haustöchter aus besseren Familien anstellt und damit, ebenso wie seine Frau, außerordentlich zufrieden ist. Eine solche Haustochter würde sicherlich auch als ärztliche Gehilfin gut zu verwenden sein.

Ich kenne viele Kollegen, die ohne eine solche Sprechstundenhilfe gar nicht mehr auskommen können. Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich sagen, daß die Erfolge, die ich in der Praxis erzielt habe, sicherlich weit geringer wären, wenn ich mich nicht ständig der Unterstützung zuverlässiger, weiblicher Hilfskräfte erfreut hätte. Die Ordnung und Klarheit,

die in meinen schriftlichen Dingen herrscht, ist ausschließlich ihr Verdienst. Nach meiner Erfahrung läßt sich eine einigermaßen große Praxis heute ohne eine derartige weibliche Hilfskraft nicht mehr versorgen.

Die Ausgaben, die eine solche Sprechstundenhilfe verursacht, sind verhältnismäßig gering. Unterzieht sich der betreffende Kollege der Mühe, die Gehilfin selbst abzurichten, so genügt zunächst ein kleines Taschengeld. Wird die Arbeit mehr, so dürften auch die Einnahmen steigen, und der Arzt wird gerne den Gehalt der Gehilfin erhöhen. Daß bei guten Leistungen und zunehmenden Einnahmen auch die Entlohnung eine entsprechende sein soll, ist selbstverständlich.

Wie soll der Arzt seine Wochenschrift lesen?

Daß der gute oder gebildete oder fortschrittliche Arzt mindestens eine oder noch besser mehrere Zeitschriften lesen muß, ist selbstverständlich. Bei dem, man kann wohl sagen, unheimlich schnellen Fortschritt auf allen Gebieten der Medizin ist man zu schnell außer Kontakt mit der neueren Forschung, und es hält dann um so schwerer, das Versäumte wieder einzuholen. Wer einigermaßen auf der Höhe der Wissenschaft bleiben will, halte sich die ihm zusagende Wochenschrift und lese dieselbe regelmäßig mit Andacht und Hingebung. Ist er ein Facharzt, so muß er sich auch noch die fachärztlichen Zeitschriften halten und lesen. Darauf wollen wir hier nicht eingehen. Wir sprechen nur von dem guten Praktiker, der sich auf allen Gebieten des medizinischen Wissens die Kenntnisse der neuesten Fortschritte baldigst aneignen will.

Welche Wochenschrift der Praktiker wählen soll, das muß ihm natürlich überlassen bleiben. Der Wettbewerb unserer großen Wochenschriften ist heute so beträchtlich, daß jede die andere zu überbieten bemüht ist, und daß jede ihren Lesern immer mehr zu bringen versucht. Man darf wohl sagen, daß der Arzt sich in der Mehrzahl unserer gutgeleiteten Wochenschriften in ausgezeichneter Weise unterrichten kann, und daß er, wenn er nur einigermaßen den Inhalt sich aneignet, nicht ins Hintertreffen kommen wird.

Der Inhalt der Wochenschriften ist heute so außerordentlich reichhaltig, daß auch der beste Praktiker — und der beste ist im allgemeinen der meistbeschäftigte — nicht alles durchlesen kann. Wenn man allein die Überschriften und die Titel der einzelnen Arbeiten liest, so ist man oft erstaunt über das viele Neue, das die fleißige Arbeit der wissenschaftlichen Mediziner geschaffen hat. Man hat viel darüber gestritten, ob unsere Wochenschriften von allem Neuen Kenntnis nehmen sollen, oder ob sie ihre Besprechungen ausschließlich auf die für den Praktiker wichtigen Arbeiten beschränken und alles, der Praxis Fernliegende, den Fachzeitschriften überlassen sollen. Es ist immer schwer, allen Wünschen gerecht zu werden. Und was der eine gern vermissen würde, das ist für den anderen oft sehr bedeutungsvoll. Auch der Praktiker wird gern wenigstens ungefähr sich einen Überblick über die Leistungen der einzelnen Fachdisziplinen zu verschaffen suchen. Nach meiner eigenen Erfahrung kann ich nur sagen, daß ich gern die Titel aller Fachzeitschriften durchlese: irgend etwas fällt mir dabei fast immer auf und erweist sich für meine eigene Tätigkeit als gut brauchbar.

Den ganzen Inhalt einer Wochenschriftnummer im Verlauf einer Woche durchzulesen, dürfte für einen beschäftigten Praktiker unmöglich sein. Er muß einen großen Teil der Originalaufsätze und noch mehr der Referate überschlagen; er wird sich aber um so eingehender mit dem für ihn Bedeutungsvollen beschäftigen. Aber auch das Überschlagene bleibt für den Leser dann sehr wertvoll, wenn es sich später darum handelt, es nachzulesen. Dazu dient dann das Inhaltsverzeichnis der Wochenschrift. Die Inhaltsverzeichnisse unserer großen Wochenschriften sind als Nachschlagewerke von einer unschätzbaren Bedeutung. Man kann es nur als ein besonderes Verdienst der Schriftleitungen bezeichnen, daß sie diesen Inhaltsverzeichnissen eine so große Sorgfalt zuwenden. Jeder, der viel literarisch arbeiten muß, weiß, wie leicht er gerade in diesen Inhaltsverzeichnissen alles Neue, nicht nur aus seinem eigenen Fach, sondern auch aus den für ihn bedeutsamen Grenzgebieten aufzufinden vermag. In welcher Weise sich jeder Leser selbst ein Inhaltsverzeichnis anzulegen vermag, davon wird weiterhin die Rede sein.

Um bei dem Durchsuchen der Wochenschrift nichts Wesentliches zu übersehen, muß sich der Leser eine gewisse Technik des Lesens aneignen. Wenn ich im folgenden den jüngeren Kollegen dafür einige Anhaltspunkte zu geben versuche, so darf ich das vielleicht begründen mit der langen Erfahrung, die ich in über 40jähriger Tätigkeit gesammelt habe. Ich bin überzeugt, daß viele meiner Kollegen noch weit bessere Methoden des „Lesens" ausgebildet haben, und ich würde mich freuen, wenn sie auch ihrerseits von diesen Methoden Mitteilungen machen würden.

Die größeren Wochenschriften kommen fast alle am Freitag oder Samstag in die Hand des Lesers.

Wenn die erste Verkleinerung des Inhaltes durch Beiseitelegen der Werbebeilagen vollzogen ist, so beginnt die erste Prüfung des Inhaltes. Die Titel der Originalarbeiten werden zur Kenntnis genommen und kurz auf ihre Bedeutung bewertet. Mit dem eigentlichen Lesen des Inhaltes beginnt der richtige Bezieher, der sich in einer Pause der Praxis oder im Auto nur schnell orientieren will, stets bei den letzten Abschnitten der einzelnen Nummer: die Tagesnotizen mit ihren Berufungen, Beförderungen, Todesfällen, sozialärztlichen Mitteilungen beschäftigen den Arzt in erster Linie; sind humoristische Beilagen da, so werden solche gern gelesen, zumal wenn der weibliche Teil der Familie auch eine Freude von der neuen Nummer haben will. Dann folgt die großzügige sachliche Überprüfung; die Namen der Autoren der Originalarbeiten werden festgestellt. Hierbei soll der Arzt diejenigen Arbeiten, die für ihn besonders bedeutungsvoll zu sein scheinen, kurz anmerken. Das geschieht in der Weise, daß sowohl in der Inhaltsübersicht auf der ersten Umschlagseite und weiterhin bei dem Titel der Arbeit, am Kopfe jedes Aufsatzes der Autor und das Stichwort der Überschrift mit Bleistift unterstrichen werden. So liest man sich schnell durch die Titel der Originalarbeiten hindurch und wendet sich dann zu dem übrigen Inhalt der Nummer. Die Arbeiten über ärztliche Fortbildung, über therapeutische Fragen, über Fortschritte der Technik, über Standesfragen, praktische Medizin werden in gleicher Weise kurz angemerkt, und zum Schluß wird die große Masse der Referate, der Vereins- und Versammlungsberichte schnell überflogen. Überall, wo dem Leser ein Titel besonders anziehend erscheint, wird ein Strich gemacht. Die Schriftleitungen unserer Wochenschriften legen nach Art un-

serer großen Tageszeitungen mehr und mehr Wert darauf, daß durch geschickte Anordnung des Stoffes und durch ausgiebige Verwendung des Sperr- und Fettdruckes, dem Leser die Übersicht über den Inhalt möglichst erleichtert wird.

Auf diese Weise kann man sich in kurzer Zeit einen Überblick über den Inhalt der neuen Nummer verschaffen. Das genaue Studium der Einzelheiten spart man sich besser für eine andere Gelegenheit auf. Der kommende Sonntag ist dazu außerordentlich geeignet, und man kann sich dann in ungestörten Morgenstunden der Vervollkommnung seiner medizinischen Kenntnisse widmen. Dem eingehenden Studium voraus geht dann zunächst noch einmal eine sorgfältige Auswahl aller derjenigen Arbeiten, denen man mit besonderer Erwartung entgegensieht. Man soll bei dieser Auswahl nicht zu engherzig fachärztlich verfahren. Jeder Praktiker soll mindestens diejenigen Aufsätze, welche allgemein pathologische Fragen, Fragen der Hygiene, der inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie und auch der Gynäkologie behandeln, genau ansehen: er wird in vielen Arbeiten, bei denen er es erst nicht erwartet hat, große Anregung finden.

Ist der Leser im Zweifel, ob das Durchlesen der Arbeit auch wirklich für ihn von Wert ist, so fange er nach bewährtem Rezept das Studium des Aufsatzes von hinten an. Die Schriftleiter unserer Wochenschriften legen mehr und mehr Wert darauf, daß die Autoren den Hauptinhalt ihrer Arbeiten am Schlusse kurz zusammenfassen und so dem Leser die Möglichkeit geben, sich schnell einen Überblick über den Inhalt der Arbeit zu verschaffen.

Und nun beginnt das Studium der einzelnen Arbeiten. Auch dabei soll man fleißig mit dem Blei-

stift arbeiten, um beim späteren Durchsehen der Nummer sich noch einmal den wichtigsten Teil des Inhaltes wiederholen zu können.

Es folgt die Durchsicht der Referate und Versammlungsberichte. Alle diese großen Mengen von Weisheit regelmäßig durchzulesen, ist unmöglich. Der gute Arzt soll sich aber bei den Hauptwochenschriften und bei den wesentlichsten Zeitschriften der inneren Medizin, Pathologie, Chirurgie und Gynäkologie die Überschriften der Arbeiten genau ansehen. Überall da, wo ihm ein Titel auffällt, wird der Titel angemerkt, und werden die Ausführungen des Referenten durchgelesen. Man versäume nicht, auch die Titel der Spezialzeitschriften für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Urologie, Orthopädie, genau zu lesen; ich selbst bin immer wieder überrascht, wie viel Anregung ich allein aus den entsprechenden kurzen Referaten gewonnen habe. Ebenso geschieht es mit den Vereinsberichten. Was kann man alles Lehrreiches in den Verhandlungen der ärztlichen Vereine erfahren? Ich will gar nicht reden von den Verhandlungen der ärztlichen Gesellschaften in Berlin, Hamburg, Leipzig, welche durchzulesen stets ein besonderer Genuß ist. Auch die Verhandlungen kleinerer Vereine, nicht allein an den kleineren Universitäten, sondern auch in den provinzialen Hauptstädten, schaffen Förderung und Fortbildung.

Gegenüber dem Gewinn, den die Durchsicht des Referatenteiles bringt, wird es nicht schwer fallen, mit einem dabei sich manchmal ergebenden gewissen Gefühl der Minderwertigkeit fertig zu werden. Was einem an unverständlichen Titeln, an unbekannten Namen auffällt, ist oft sehr niederdrückend. Wenn ich in einer einzigen Nummer lese: „Diffe-

rentialdiagnostische Bedeutung der Fraktionen des säurelöslichen Phosphates im Blute bei komatösen Zuständen"; „Präzipitationsphänomene in Gelenkflüssigkeiten"; „Die Ausscheidung des Phenolsulfophthalein durch die Niere"; „Die kutane Histaminreaktion als Probe für den kollateralen Kreislauf in den Extremitäten"; „Die Behandlung maligner Neutropenie mit Pentose-Nukleotiden", so erfaßt mich einerseits eine große Hochachtung vor soviel Gelehrsamkeit, anderseits aber eine schwere Bedrückung über meine eigene Rückständigkeit. Was wird in der Welt alles gearbeitet, und wie klein erscheint demgegenüber das eigene Ich! Bei allem Unterlegenheitsgefühl soll man sich durch solche Lesefrüchte nicht abhalten lassen, den Fortschritten unserer Wissenschaft noch genauer zu folgen.

Ist so die ganze Nummer, oft nach mehreren Unterbrechungen, wie es für einen ordentlichen Praktiker sich gehört, unter Zuhilfenahme der Nachtstunden durchgearbeitet, so muß man ihr das von außen ansehen. Der schöne saubere Text muß mit Bleistiftstrichen unregelmäßig bald mehr, bald weniger durchsetzt sein; je mehr, desto deutlicher erkennt man die Zufriedenheit des Lesers mit den Autoren und auch mit dem Schriftleiter.

Der richtige Leser will auch eine Inhaltsangabe von jeder einzelnen Nummer haben. Das kann er in der Weise machen, daß er mit Bleistift sich auf dem Umschlag die betreffenden Stichworte mit der entsprechenden Seitenzahl anmerkt. Noch besser, er macht überall da, wo er einen Titel und Autor besonders hervorheben will, einen horizontalen Strich an den Rand, um so alles für ihn Bedeutungsvolle herauszuheben.

Und nun kommt die Schlußarbeit. Dazu benötigt er allerdings eine Hilfsperson, die nicht jedem sofort zur Verfügung steht, die aber doch unter Umständen ohne große Schwierigkeit zu beschaffen ist. Hat er eine Sekretärin oder Sprechstundenhilfe, oder, wie ich es genannt habe, eine ärztliche Gehilfin, so bekommt das Heft auf dem Titelblatt, dort wo die Jahresnummer eingetragen ist, ein kleines Häkchen. Dies Häkchen sagt der Gehilfin: diese Nummer ist durchgesehen und zur gefälligen Weiterbearbeitung bereit. Die Weiterbearbeitung wird von der Sekretärin in der Weise vorgenommen, daß sie über jede einzelne angemerkte Arbeit ein Kartothekblatt anlegt und unter dem betreffenden Stichwort den genauen Titel der Arbeit mitsamt dem Autor vermerkt. Das Blatt wandert an die entsprechende Stelle eines Zettelkastens und liegt dort zur weiteren Verwertung jederzeit bereit. Der Arzt vergißt im Drange der Geschäfte den genauen Inhalt der gelesenen Arbeiten. Er vergißt aber nicht so leicht das Stichwort. Er braucht nur das Stichwort in seinem Zettelkasten aufzusuchen: Kollaps — Bekämpfung des Kollapses — *Holzbach* Nr. 1, S. 11, 1930.

Zum Zeichen, daß die Gehilfin alles gut im Zettelkasten angemerkt hat, bekommt das Häkchen neben der Nummer ein Ringelchen, und so weiß der Arzt, daß seine getreue Gehilfin alles wohl geordnet hat und seinem Gedächtnis vieles unnütze Suchen erspart hat.

Und wenn man keine solche Perle von Gehilfin hat? Eine Frau haben die meisten. Und jeder Frau wird es ein Stolz sein, ihrem Manne bei dieser Arbeit behilflich zu sein, will sie doch immer gern Anteil nehmen an dem Beruf ihres Mannes, und

wo findet sich dazu bessere Gelegenheit, als auf dem Gebiete der forscherisch- und praktisch-literarischen Neuerscheinungen?

Und wenn ich zum Schlusse noch etwas sagen darf: diese Methode des Wochenschriftlesens ist nicht meine Erfindung, sie stammt von dem leider zu früh verstorbenen Kollegen *Arndt* in Bern, der sie mir bei einer anregenden Unterhaltung eines Tages verraten hat. Vielleicht habe ich sie etwas modifiziert, der Gedanke ist aber dem genannten Kollegen eigen, und es ist mir immer eine besondere Befriedigung, bei dieser Kartothekarbeit das sympathische Bild des seltenen Menschen *Arndt* mir ins Gedächtnis zurückzurufen.

Vom kranken Arzte.

Welcher Kollege hat nicht schon einmal eine Krankheit an sich erlebt? Zuerst in der Jugend, in der vormedizinischen Zeit. Masern, vielleicht auch Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten; wenn es schlimm kam, Paratyphus, Pneumonie, Otitis media, und wenn es recht bös wurde, Appendizitis, Osteomyelitis, Heine-Medinsche Krankheit. Irgendeine Verletzung hat wohl auch ein jeder überstanden: Kopf- und Handwunden, Verstauchungen, vielleicht einen Radiusbruch, in den ersten Studentenzeiten Mensurwunden, im Zeitalter des Sportes auch schwere Gelenk- und Knochenverletzungen.

Wenn wir von den Mensur- und Sportverletzungen absehen, so waren wohl die meisten von uns in der ersten Studentenzeit gesund. Aber dann kam die Klinik mit ihren unzähligen Krankheitsbildern, in die wir, wenn wir auch noch so gescheit waren, ein System nicht hineinzubringen vermochten. Wenn

es dann gerade der Zufall wollte, daß ein Krankheitsfall besprochen wurde, dessen Symptome man gelegentlich, wenn auch in leichterer Art, bei sich wahrnehmen zu können glaubte, dann hat wohl mancher von uns die erste „Krankheit durch die Vorstellung" erlebt. Schmerzen auf der Brust, leichter Husten, eitriger Auswurf, die Diagnose „Tuberkulose" war fertig; Stiche in der Herzgegend, Herzklopfen — Herzfehler; Schmerzen beim Atmen, leichtes Frösteln — kann nur eine Rippenfellentzündung sein. Irgendeine Erkrankung hat nahezu jeder an sich im Geiste entstehen sehen, die Tuberkulose sehr viele, nicht wenige deren Gegenstück.

Der fertige Arzt erfreut sich in der Regel einer robusten Gesundheit. Zu meinen Bekannten zähle ich sehr viele Kollegen, die nie ein ernsteres Leiden durchgemacht haben. Der bei aller Schwere im allgemeinen gesunde Beruf, der 10—12stündige Arbeitstag, der das Aufkommen von dummen Gedanken verhindert, die Strenge gegen sich selbst, die so viele Ärzte auszeichnet, bewahren den Arzt sicher vor mancherlei Störungen: viele kleine Unbequemlichkeiten, die den anderen zum Arzte treiben, bleiben unbeachtet und gehen so in einfachster Weise wieder vorüber. Es würde schlecht um die wirtschaftliche Lage unserer Ärzte stehen, wenn alle Kranken die gleiche Einstellung zeigen würden.

Mancher hat aber doch das Unglück, früher oder später in ernster Weise zu erkranken. Was er früher aktiv erlebt hat, erlebt er jetzt passiv. Der freundliche Kranke sagt: „Gell Herr Doktor, jetzt spüren Sie es selbst einmal, wie es tut."

Für keinen Kollegen wird dasjenige, was er am eigenen Leibe erfährt, ohne Eindruck bleiben. Zuerst die Erkrankungen des Kindesalters. Wer

ruft sich nicht später einmal den ersten Eindruck, den er von der eigenen Krankheit bekommen hat, ins Gedächtnis zurück: die ersten ungewohnten Schmerzen, die ersten kummervollen Klagen, die beruhigende Hand der sorgenvollen und immer gütigen Mutter, das erste Erscheinen des stets hilfsbereiten Hausarztes, die psychische Wirkung des zuversichtlich auftretenden, energischen und bei aller Strenge doch so freundlichen Mannes, das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit, das langsame Einsetzen der bestimmt erwarteten Heilung, den ersten Ausgang. Man kann nicht oft genug an die einzelnen Phasen des eigenen Krankseins zurückdenken. Man wird aus jedem Erlebnis etwas Ersprießliches für die Praxis herausfinden können.

Eigentlich sollte jeder Arzt einmal ernstlich krank gewesen sein. Es soll niemandem etwas Böses gewünscht werden, aber jeder sollte doch einmal sich in die Empfindungen des Kranken hineinversetzen und an sich selbst fühlen, wie Kranksein mit allen körperlichen Schmerzen und seelischen Bedrückungen, vor allen Dingen aber auch nach der Art der Behandlung, der guten und der schlechten, in der Psyche des Kranken sich auswirkt. Wie man Zahnweh nicht beurteilen kann, wenn man es nicht selbst gehabt hat, so ist es auch mit allen anderen Krankheitszeichen. Das Gefühl der völligen Zerschlagenheit bei einer schweren Infektionskrankheit (Typhus, Pneumonie) lernt man nur richtig kennen, wenn man selbst der Leidtragende gewesen ist. Die rücksichtslose Betastung eines Panaritiums oder einer Radiusfraktur kann man in ihrer ganzen psychischen Scheußlichkeit nur dann recht würdigen, wenn der Untersuchende am kranken Körper des betreffenden Arztes seine Palpationskünste übt. Die viel-

fachen ängstlichen Vorstellungen, die bei unserer heutigen Halbbildung jeden von Bauchweh geplagten Kranken befallen müssen, lernt man nur dann verstehen, wenn man selbst an einer Blinddarmentzündung erkrankt zu sein glaubt und sich deren Folgen im Geiste ausmalt.

Die eigenen Schmerzen und Empfindungen geben uns das Verständnis für dasjenige, was bei unseren Kranken vorgeht, und lehren uns, in jeder Weise behutsam, nicht nur mit dem kranken Körper, sondern auch mit der empfindlichen Psyche unserer Kranken umzugehen. Wenn ich vorhin sagte, daß der Arzt sich im allgemeinen einer, wie mir einmal eine Kranke vorwarf, „unverschämten Gesundheit" erfreut, so ist das gewiß ein großes Glück, und er wird mit Hilfe derselben die Pflichten seines Berufes mit Erfolg erfüllen können. In gewisser Weise ist es aber auch ein Unglück, weil ihm so das Verständnis für die Beschwerden des Kranken und für dessen seelische Sorgen mangelt. Wie viele Ärzte habe ich, wenn sie selbst eine schwere Erkrankung oder eine Verletzung durchgemacht hatten, sagen hören: „Jetzt habe ich zum ersten Male ein richtiges Verständnis für die Beschwerden meiner Kranken bekommen und werde in Zukunft nicht nur auf alle Klagen des Kranken weit mehr Rücksicht nehmen, sondern ihn auch viel behutsamer und feinfühliger zu behandeln suchen." Kundige erzählen allerdings, daß diese guten Vorsätze leider nicht selten wieder verlorengehen.

Sei dem wie es wolle, in der Hauptsache darf man feststellen, daß die große Mehrzahl unserer Kollegen gegen sich eine nicht gewöhnliche Härte und Rücksichtslosigkeit zeigt. Es dauert immer lange, bis ein ernstlich kranker Arzt

seinen Schmerzen nachgibt und einen Kollegen um Untersuchung und Behandlung bittet. Mancher, der die Diagnose eines ernsten Leidens an sich gestellt hat, schiebt es immer wieder hinaus, einen Kollegen um Rat zu fragen. Mancher will auch gar nicht wissen, was ihm fehlt, ob er eine Nierenentzündung, einen Diabetes, einen Herzfehler hat, weil er sich sagt, daß ihm mit der Feststellung eines solchen Leidens die Ausübung der Praxis für lange Zeit verschlossen ist. Wie viele Kollegen haben, ohne zu zucken, mit Aufbietung aller Kräfte, trotz schwersten Krankheitsgefühles, ihre große Praxis versorgt, bis sie am Ende ihrer Kräfte angelangt waren. Wie viele habe ich sagen hören, daß ihr höchster Wunsch sei, mitten in der Ausübung ihres Berufes abberufen zu werden.

Und wenn dann schließlich die Abberufung kam, habe ich bei den meisten erlebt, daß sie kalt und unerschrocken dem Tod ins Auge gesehen haben. Die meisten sind mir ein Vorbild gewesen, wie man sterben soll. Wenn nicht die Sorge um Frau und Kinder ihre letzten Stunden bedrückte, so hatte für die meisten, die mit dem Tode so oft gerungen hatten, das Sterben selbst keine Schrecken. Viele haben bis zum Ende eine abgeklärte Heiterkeit gezeigt, die die Umgebung oft über die Schwere der Krankheit hinweggetäuscht hat. Wie es im Innern solcher Kollegen aussehen mag, das zeigen uns in erschütternder Weise die Verse des allzu früh verstorbenen *Eugen Albrecht:*

„Sie wissen's alle, daß ich sterben muß;
Und dennoch weck ich dann und wann ein Zweifeln
In einer von den schwer betrübten Seelen,
Wenn ich so froher Hoffnung überströme. —
Und wenn auch nicht, sie können leichter lügen
Sie lügen's leichter, daß ich bald gesunde,
Wenn sie mich lachen sehn.“

Wir dürfen mit Stolz sagen, daß die große Mehrzahl unserer Kollegen ihre Schmerzen und Beschwerden gering achtet und so die Krankheit in vollkommenster Weise überwindet. Im Vergleich dazu ist die Zahl derjenigen Ärzte, welche ihre Krankheitserscheinungen überschätzen, nur sehr klein. Bei diesen Kollegen sehen wir vielfach ähnliches, wie bei dem jungen Studenten. Wie dem Klinizisten die Fähigkeit abgeht, die einzelnen Krankheitserscheinungen kritisch abzuwägen und die Diagnose erst nach dem Gesamtbilde der einzelnen Symptome zu stellen, so geht es manchmal auch dem fertigen Arzte, der an sich irgendein verdächtiges Zeichen wahrnimmt. Er bewertet ein einzelnes Symptom in übermäßiger Weise und läßt sich dadurch zu einer bestimmten Krankheitsannahme hindrängen: kleine Warze im Gesicht — Sarkom; länger dauernder Bronchialkatarrh — Tuberkulose; Stiche in der Herzgegend — Angina pectoris; nächtlicher Magenschmerz — Ulcus duodeni; länger dauernde Verstopfung — Darmkrebs; Blutbeimischung zum Stuhl — Mastdarmkrebs; Bauchschmerzen irgendwelcher Art — Appendizitis. Bei einem Kranken der eigenen Klientel denkt natürlich jeder erfahrene Praktiker beim Vorliegen derartiger Erscheinungen an alles Mögliche und muß unbedingt auch das Schlimmste in Betracht ziehen; als erfahrener Diagnostiker wird er aber gleichzeitig nach anderen Krankheitserscheinungen forschen, alle Beobachtungen zusammenstellen, jede einzelne gegen die andere kühl abwägen und so auf Grund seines Wissens und seiner persönlichen Erfahrungen den Sitz des Leidens zu ermitteln suchen. Der kranke Arzt ist zu einer genauen, objektiven Untersuchung seines eigenen Körpers in der Regel nicht

in der Lage. Er bewertet die Einzelerscheinung zu hoch und kommt dadurch leicht zu einer falschen Anschauung über die Art seines Leidens.

Was dem guten Diagnostiker unter den gewöhnlichen Verhältnissen der Praxis zum Vorteil wird, daß er durch ein bestimmtes Symptom gezwungen wird, an ein bestimmtes Leiden zu denken, das wird dem kranken Arzte zum Nachteil. Es geht hier wie bei den Überlegungen eines Chirurgen nach einer schweren Operation: bei einer bald auftretenden Pulsbeschleunigung vermutet er die Peritonitis, bei langdauerndem Erbrechen den Darmverschluß, bei hohem Fieber die Wundeiterung. Je mehr man weiß und je mehr ungünstige Erfahrungen man gesammelt hat, um so mehr befürchtet man. Der Arzt, der von allem weiß, ist, wenn er selbst krank ist, von vornherein in großem Nachteil.

Ein großer Teil derjenigen Ärzte, die den Rat eines anderen Arztes in Anspruch nehmen, leidet an solchen vermeintlichen Krankheiten. Manche sind von ihrer Diagnose so sehr überzeugt, daß es oft nur mit Mühe gelingt, sie von der Abwegigkeit ihrer vorgefaßten Meinung zu überzeugen. Bei vielen ist es vor allem die Krebsfurcht, die sehr schwer zu vertreiben ist. Nur eine äußerst gewissenhafte Untersuchung vermag in solchen Fällen den gequälten Kollegen von seinen dunklen Ahnungen zu befreien.

Vor vielen Jahren sah ich einen Kollegen, der unter dem Einfluß schwerer seelischer Erregungen an Erscheinungen erkrankt war, die ihn ein Kolonkarzinom befürchten ließen, und die auch zunächst mir so charakteristisch schienen, daß ich das Bestehen eines solchen Leidens nicht für unmöglich hielt. Eine gründliche rektoskopische und röntgenologische Untersuchung und eine längere Beobachtung erwiesen bald das Fehlerhafte seiner

Annahme, und ich konnte ihn als vollkommen geheilten und beruhigten Mann nach Hause entlassen. Er ist seitdem vollkommen gesund geblieben und spricht bei unserem häufigen Zusammentreffen immer mit großem Vergnügen von seiner damaligen Fehldiagnose.

Manche Kollegen bleiben aber trotz allen Zuredens auf ihrer einmal gefaßten Anschauung bestehen, und wenn sie auch für kurze Zeit überzeugt scheinen, wird bald ein anderer Kollege konsultiert. So gehen oft viele Jahre dahin, bis sie von ihrer Krankheitsfurcht befreit sind. Vor vielen Jahren sah ich wiederholt einen Kollegen, der an einer einfachen spastischen Obstipation mit Schmerzen in der Blinddarmgegend litt. Die Furcht, eine chronische Appendizitis zu haben, trieb ihn immer wieder zu mir, und es kostete unendlich viel Mühe, ihn von dem Wunsche, appendizektomiert zu werden, abzubringen. Zu manchen Zeiten spielte auch die Krebsfurcht hinein, die dem sehr beschäftigten, prächtigen Manne viele bange Stunden verursacht hat.

Noch schwerer zu beruhigen sind Kollegen mit rein inneren Leiden. Darüber fehlen mir allerdings größere eigene Erfahrungen. Von „inneren Kollegen" ist mir aber oft erzählt worden, wie innerlich kranke Ärzte ihre Hilfe wegen des gleichen Leidens immer und immer wieder in Anspruch nehmen. Besonders beunruhigt zeigen sich diejenigen Kollegen, die ein Herzleiden, zumal eine Angina pectoris, zu haben glauben. *Brugsch* hat noch vor kurzem über derartige Kranke berichtet. Solche Ärzte suchen alle Spezialisten auf, um sich von jedem das gleiche bestätigen zu lassen und keinem zu glauben.

Einen Kollegen, den nur die Sorge um seine Gesundheit hertreibt, und der sich bei der körperlichen Untersuchung ganz frei von Krankheits-

erscheinungen erweist, kann man mit gutem Gewissen beruhigen. Was darf aber derjenige, bei dem ein wirkliches organisches Leiden aufgedeckt wird, über seinen Zustand erfahren?

Im wesentlichen soll man in solchen Lagen unbedingte Offenheit walten lassen. So sehr man sonst Kranke mit schweren Leiden nur in schonendster Weise über ihren Zustand aufklären soll, so soll man mit einem Kollegen ohne jeden Rückhalt sprechen. Es würde ganz falsch sein, einem Kollegen die Art der Bedeutung einer Herzerkrankung, eines Magengeschwürs, eines Diabetes, einer Pleuritis irgendwie zu verheimlichen. Wenn auch zunächst die Möglichkeit dazu gegeben wäre, was würde die Folge sein, wenn man dem Kollegen in einem solchen Falle nicht die volle Wahrheit sagen würde? Einen Arzt, der, wie wir oben gesehen haben, so häufig geneigt ist, seine Gesundheit zu vernachlässigen und sich über seine Kraft zu plagen, würde man durch eine ungenaue Auskunft nur veranlassen, seine Beschwerden gering zu achten und die unbedingte Schonung und Behandlung, die seine Krankheit erfordert, nicht einzuhalten. Daß man die notwendige Aufklärung mit aller Vorsicht und mit größtem Takt vornehmen soll, ist selbstverständlich. Aber ohne völlige Offenheit ist eine entsprechende Behandlung bei einem Arzte nicht zu erreichen.

Wie schwer eine Schonung bei einem Kollegen durchzusetzen ist, das hat man als Chirurg zu beobachten Gelegenheit. Ein mir gut befreundeter 65 jähriger Kollege, der wegen schwerster destruktiver Appendizitis operiert worden war, hielt nach 10 Tagen schon wieder Sprechstunde; ein anderer Kollege, Rekonvaleszent von einer Hämorrhoidenoperation, versorgte schon nach 8 Tagen seine aus-

gedehnte Landpraxis; ein Dritter mit Radikaloperation einer Hernie nahm schon nach 10 Tagen seine ärztliche Tätigkeit wieder auf. *Liek* berichtet ähnliches. Bei Versicherten dauert die Rekonvaleszenz zum mindesten 4 Wochen und würde noch viel länger dauern, wenn sich nicht der Vertrauensarzt dazwischen schlüge. Einen fest Angestellten habe ich in solchen Fällen seinen Dienst nicht vor Ablauf von 8 Wochen wieder aufnehmen sehen, gewöhnlich wurden es 3 Monate.

Vor einigen Tagen kam in meine Sprechstunde ein auswärtiger Kollege, der vor 6 Wochen bei einem Autounfall eine Prellung der Brustwirbelsäule erlitten hatte. Wegen heftigster Beschwerden hatte er sich 14 Tage ins Bett legen müssen, hatte dann aber seine umfangreiche Praxis trotz noch bestehender Schmerzen in vollem Maße wieder aufgenommen. Zu seiner Beruhigung bat er eine Röntgenaufnahme vorzunehmen. Die Untersuchung ergab eine Kompressionsfraktur des 12. Brustwirbels. Der Kollege nahm den Befund zur Kenntnis, war aber in keiner Weise zu bewegen, sich die ihm dringend empfohlene Ruhe zu gönnen.

Am gleichen Tage suchte mich ein 10 Jahre jüngerer Herr auf, der vor 2 Jahren eine einfache Prellung der Kreuzbeingegend erlitten hatte. Röntgenologisch kein Befund. Der Kranke, ein Kohlenhändler, behauptete, noch mindestens 50 Prozent erwerbsunfähig zu sein und verlangte von seiner Versicherung eine entsprechende Entschädigung.

Nur bei einer Erkrankung erleidet die obige Empfehlung der Offenheit gegenüber einem Kollegen eine Ausnahme, das ist beim Karzinom. Wie man sich im allgemeinen bei einem Karzinomkranken in bezug auf die Aufklärung über die Art der Erkrankung verhalten soll, darüber habe ich mich an verschiedenen Stellen eingehend geäußert. Nach meiner festen Überzeugung, die durch jahrelange Erfahrung in großer Tätigkeit immer mehr gestärkt

wird, hat der Arzt nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, einem Karzinomkranken die Art seines Leidens zu verschweigen und ihn durch entsprechende psychische und körperliche Maßnahmen über die Schwere seiner Erkrankung hinwegzutäuschen.

Ganz dasselbe gilt für den Arzt. Ich weiß sehr wohl, daß ich auch hier auf vielfache Widersprüche stoßen werde; ich weiß aber auch, daß kein Kranker bei der Eröffnung, daß er an Karzinom leidet, mehr zusammenbricht, als der kranke Arzt. Der Arzt weiß am besten, was ihm bevorsteht, wenn er an einem Karzinom der Zunge, des Magens, des Mastdarms erkrankt ist. Er weiß besser als jeder Laienkranke das Unheimliche und Unabwendbare des Wortes Karzinom zu würdigen. Wohl habe ich einige Kollegen gekannt, die in stoischer Ruhe und unabänderlichem Pflichtgefühl die ihnen von anderer Seite bekannt gegebene Diagnose hingenommen, sich Jahre hindurch tapfer gehalten haben und mit einem nicht genug zu preisenden Heldentum gestorben sind. Ebenso weiß ich aber auch von anderen, die unter dem Worte „Krebs“ zusammengebrochen sind und von dem Augenblick dieser Erkenntnis an, ihre Tage in schwerer Verzweiflung verbracht haben. Und schließlich weiß ich von vielen kranken Kollegen, die sich über das Schreckliche und Aussichtslose ihres Zustandes haben hinwegtäuschen lassen und bis zum letzten Augenblick ihres Siechtums den Glauben an die noch mögliche Heilung nicht verloren haben.

Alles dies hier so freimütig zu besprechen, habe ich lange Zeit Bedenken getragen. Habe ich doch auf Grund früherer Aufsätze ähnlichen Inhalts von manchem kranken Kollegen hören müssen: „Sie sagen mir doch nicht die Wahrheit.“ Auf die Gefahr

hin, Ähnliches auch in Zukunft zu erleben. halte ich es aber für meine Pflicht, auf diese Dinge nachdrücklich hinzuweisen. Wenn irgendwo eine schonende Behandlung der Psyche des kranken Kollegen von Bedeutung ist, so ist es beim Vorliegen einer Krebserkrankung. Ein Mastdarmkarzinom operieren, ist leicht; schwer ist es, den daran erkrankten Kollegen vor und nach der Operation bei dem Glauben zu erhalten, daß ein gutartiger Polyp vorliege, bei dem noch keine Malignität zu erkennen gewesen sei. Noch schwerer ist es, einen an einem inoperablen Mastdarmkarzinom leidenden Kollegen über all die Sorgen, Bedrückungen und Qualen seiner furchtbaren Krankheit so hinwegzuleiten, daß er bis zum tragischen Ende seinen Glauben an die Besserung nicht verliert.

Damit sind wir zum wichtigsten Teil, zur Behandlung des kranken Kollegen, gekommen. Es gibt eine Reihe von Ärzten, die sich brav und ordentlich der vorgeschlagenen Behandlung fügen. Zumal wenn es sich um eine technisch operative Maßnahme handelt, erlebt man wohl selten Widerspruch. Man kann in dieser Beziehung von der Mehrzahl unserer Kollegen nur in höchsten Lobesworten sprechen. Was ich, wie wohl alle Chirurgen, bei den meisten Kollegen erlebt habe an unbedingter Folgsamkeit, mutiger Ergebenheit, energischer Härte, steht dauernd in meiner Erinnerung eingeprägt. Wie viele Kollegen haben die Narkose abgelehnt und haben darauf bestanden, daß ihr Panaritium, ihr Furunkel unter einfacher Ätherbetäubung gespalten wurde, oder daß ihr Knochenbruch ohne Narkose eingerichtet wurde. Das Großartigste an Härte gegen sich selbst und an mutigem Durchhalten hat wohl unser leider verstorbener Kollege *Hofmeister* gezeigt, der sich von seinem Oberarzt

die Gallenblase in örtlicher Betäubung exstirpieren ließ und nach Freilegung des kranken Organs einen Handspiegel verlangte, um sich das Operationsgebiet selbst zu betrachten und die entsprechenden Anordnungen zu geben. Derselbe Kollege, als Mensch und Chirurg gleich hervorragend, der auch in Rhinologie gut ausgebildet war, hat bei sich selbst mit Hilfe entsprechender Spiegelaufstellung eine Resektion des Septums vorgenommen[1]).

Erhebt der Arzt gegen technische und operative Eingriffe in der Regel keinen Einwand, so wird die Sache gewöhnlich anders, wenn es sich um rein medikamentöse, diätetische, hygienische Fragen handelt. Da kann man auf alles gefaßt sein und kann die schwierigsten Dinge erleben. Der kranke Kollege ist stets geneigt, selbst in seine Behandlung einzugreifen (*Brugsch*) und nach seiner Erfahrung seinen Heilplan zu bestimmen. Jeder Arzt hat in punkto Therapie seine ganz besonderen Anschauungen und sucht denselben, auch wenn es sich um seinen eigenen Körper handelt, Geltung zu verschaffen. Gegenüber dieser Einstellung des kranken Kollegen ist es oft schwer, die vorgeschlagene Therapie durchzuführen.

Am schwersten ist es immer, dasjenige durchzusetzen, was das Kapitel Schonung und sachgemäße Pflege anbetrifft. In der Zeit der wirtschaftlichen Not, wo die meisten Kollegen mit ihren Familien von demjenigen leben müssen, was

---

[1]) Daß Chirurgen sich selbst operiert haben, hat man auch sonst erlebt. Ich kenne so manchen, der sein Panaritium selbst aufgeschnitten hat. Das Unheimlichste hat wohl jener junge Chirurg geleistet, der in selbstmörderischer Absicht sich in Lokalanästhesie die Schenkelarterie freigelegt und eröffnet hat.

sie täglich verdienen, versteht man es vollkommen, wie auf der einen Seite jeder kranke Arzt sich nur ungern zu einer ihm vorgeschlagenen Ausspannung entschließt, und wie auf der anderen Seite der kaum Genesende möglichst bald wieder in die Praxis und zum Erwerb des nötigen Lebensunterhalts zurückkehren möchte. Die schon oben angeführten Beispiele lassen sich leicht vermehren.

Ein Kollege mit einem Gesichtsfurunkel, einer Erkrankung, bei der ich sonst immer eine strenge Bettruhe von 8 Tagen für unbedingt notwendig ansehe, war mit Mühe $1^1/_2$ Tage lang (Samstag nachmittag und Sonntag!) im Bett zu halten. Ein Arzt mit Gehirnerschütterung nach Autounfall nahm schon nach 3 Tagen seine Praxis wieder auf. Ein anderer Kollege mit einem blutenden Magengeschwür konnte nur unter Zuhilfenahme einer besonders freundlichen und ausgiebigen Zusprache 5 Tage im Bett gehalten werden. Ein Kollege, der sich am Groß-Venediger die sämtlichen 10 Zehen erfroren hatte, war nicht dazu zu bringen. Bettruhe einzuhalten. Erfreulicherweise hatte seine Selbstbehandlung, die in der Anlegung der merkwürdigsten, von der Asepsis vollkommen unbeeinflußten Verbände bestand, einen geradezu wunderbaren Erfolg. Von den erfrorenen Zehen konnte der größte Teil erhalten werden[1]. — Ein Kollege mit einem pararenalen Abszeß nahm schon 3 Wochen nach der Operation seine ausgedehnte Praxis wieder auf. Ein Arzt mit einem schweren Knochenpanaritium war überhaupt nicht zu bewegen, seine Tätigkeit auszusetzen.

Gegenüber diesen Äußerungen ärztlicher Energie und rücksichtslosen Arbeitswillens werden wir oft machtlos die Segel streichen müssen. Wir können uns ja auch nur freuen, daß unter unserer krankheitsfreudigen und von allen Seiten befür-

---

[1]) Im Anschluß daran darf ich über einen Kollegen von der tierärztlichen Fakultät berichten, der sich bei der Unternehmung gegen den Kangchendzönga die sämtlichen 10 Zehen erfroren hat und mit dieser schweren Erfrierung noch 6 Tage im Sattel gesessen ist (!).

sorgten Menschheit sich noch Männer finden, die mit rücksichtsloser Kraftentfaltung unter Vernachlässigung ihres persönlichen Wohlbefindens gegen ihre Krankheit angehen. Das Beispiel derartiger Kollegen kann man unseren, sich in die Krankheit flüchtenden Versicherten und unseren zur Weichlichkeit erzogenen Befürsorgten nur zur Nachahmung angelegentlich empfehlen.

Wenn man so manchmal halb unwillig, halb voller Hochachtung dem Kollegen nachgeben muß, so darf man in der Hauptsache doch nicht übersehen, daß im Grunde der Kollege sich den ärztlichen Verordnungen ebenso zu fügen hat, wie jeder andere Kranke. Darin liegt wohl die Schwierigkeit und anderseits auch das Geheimnis der Behandlung von Kollegen, daß man diese Behandlung ebenso genau und zielbewußt leitet, wie die jedes anderen Menschen. Man ist häufig nur zu sehr geneigt, dem Arzte zu sagen: „Tun Sie das und schonen Sie sich, Sie wissen ja selbst, wie Sie das zu machen haben.“ Vollkommen verkehrt! Der Arzt will genau seine Verordnungen haben, wie jeder andere Kranke. Man darf ihm nicht sagen: „Nehmen Sie dreimal täglich eine Papaverintablette“, sondern man gibt ihm sein Rezept wie jedem anderen. Man soll nicht sagen: „Halten Sie Diät“, sondern man gibt ihm genaue Vorschriften für den ganzen Tag, am besten schriftlich niedergelegt. Es darf nicht heißen: „Schränken Sie das Rauchen ein“, sondern man schreibt nieder: „1 Zigarette nach dem Mittagessen und 1 Zigarette nach dem Abendessen“; oder besser noch: „Das Rauchen ganz aufgeben!“ Man empfiehlt dem Kollegen nicht: „Lassen Sie sich massieren“, sondern man zeigt ihm selbst, wie die Massage vorgenommen werden soll

und empfiehlt ihm eine Masseuse, der genaue Vorschriften gegeben werden.

Je sicherer und bestimmter man dem Kollegen gegenübertritt, um so mehr wird man die gegebenen Anordnungen befolgt sehen. Auch älteren und angesehenen Kollegen (auch Hochschullehrern) gebe man eingehende Vorschriften. Man wird ihnen damit nur nützen. Ehrerbietig und unterwürfig, wie wir aufgewachsen sind, sind wir natürlich leicht geneigt, zu sagen: „Vielleicht nehmen Herr Professor einmal Jod-Schwefeltabletten." Es muß heißen: „3mal täglich nach dem Essen müssen Sie eine Jodschwefeltablette nehmen, hier ist das Rezept, das Sie sich in der homöopathischen Apotheke anfertigen lassen." Wie man bei der Beratung von hochstehenden Männern stets eine unbedingte Sicherheit zeigen soll, die Widerspruch nicht kennt und nicht duldet, so muß es auch den Ärzten gegenüber gehalten werden.

Wer denkt nicht an die köstliche Geschichte vom Pfarrer Kneipp und vom Papst, als Kneipp in der ihm bewilligten Audienz zuerst ganz bescheiden und schüchtern auf der Stuhlkante saß und ängstlich antwortete, solange ihn der Papst nach Wörishofen und den Verhältnissen der Pfarrei fragte, und wie K. sofort fest und selbstbewußt sich hinsetzte, als der Papst ihn um Rat in seinen eigenen Gesundheitsangelegenheiten ersuchte. Später vom Papst nach der Ursache dieser Änderung in seiner Haltung gefragt, antwortete Kneipp: „Zerscht ware Sie der Papscht, und nochher war's i."

Schweninger hat sich das volle Vertrauen Bismarcks dadurch erworben, daß er ihn genau so grob behandelte, wie alle seine anderen Kranken. Als Bismarck sich über die lange Aufnahme der Anamnese und das umständliche Fragen unwillig äußerte und meinte, daß das wohl nicht notwendig sei, erklärte ihm Sch.: „da müssen Sie sich einen Tierarzt holen", und als Bismarck, eine verbotene Suppe essend, von Sch. angetroffen wurde, schüttete Sch. die Suppe aus dem Fenster hinaus.

Auch während der Behandlung zeige man dem Kollegen dauernd Festigkeit und Zuversichtlichkeit. Nach einer alten Erfahrung kommen bei den Erkrankungen der Ärzte die ungewöhnlichsten Überraschungen und die seltensten Zwischenfälle vor.

Nach etwa 2000 von mir gemachten Appendizektomien im freien Intervall bekam zum erstenmal ein Kollege einen intraperitonealen Abszeß. — Von ungefähr 300 Kranken, die an Hämorrhoiden operiert waren, hat nur einer, und zwar ein Kollege, einen periproktitischen Abszeß davongetragen. — Die einzige Beobachtung von Darmvorfall nach einer allerdings schwierigen Appendizitisoperation machte ich bei einem sehr angesehenen Arzte. — Eine ungewöhnliche Fülle von postoperativen Komplikationen sah ich nach der Operation eines 46jährigen Kollegen, der wegen einer Cholelithiasis operiert worden war: Darmatonie, Aufplatzen der Bauchwand, Darmvorfall, Embolie, tödliche Nachblutung. — Die einzige Vereiterung einer Meniskotomiewunde erlebte ich nach der Operation eines 25jährigen Kollegen. — Zwei schwere Nachblutungen bei der Spaltung eines oberflächlichen Abszesses, einmal an der Hand, einmal am Fuß, sah ich bei zwei gut bekannten Kollegen[1]).

---

[1]) Die Empfindungen, die der eine der Kollegen bei der im ersten Schlaf sich ereignenden Blutung aus der Wunde seines rechten Fußes hatte, sind so bemerkenswert, daß ich sie hier kurz wiedergeben möchte: „Um 8 Uhr war ich ruhig eingeschlafen und wachte um 9 Uhr mit einem lustigen Traum auf. In einem Raum, in dem sich meine behandelnden Ärzte und sonstige Personen befanden, versuchte ein Herr kleine Wachskügelchen auf die Schuhe der Anwesenden zu werfen. Auf meine Füße fiel eine besonders große weiche Wachsmasse, so daß der rechte kranke Fuß durch ein schmales Drahtgitter auf seine Unterlage fiel. Die Wachsmasse wurde immer schwerer, so daß jeder Versuch, den Fuß zu bewegen, mißlang. — In diesem Moment wachte ich auf. Ich machte Licht und läutete der Schwester. Ich wollte der Schwester gerade die Geschichte meines Traumes erzählen, als sie auch schon nach Besichtigung meines Fußes blitzschnell das Zimmer wieder verlassen hatte. Nach kurzer Zeit war sie wieder da mit

Man muß stets auf derartige Ereignisse gefaßt sein. Es ist zu natürlich, daß der kranke Kollege bei solchen Störungen besonders beunruhigt ist und gemäß seinem eigenen Wissen sich mit den mannigfaltigsten Sorgen plagt. Ohne in Schönfärberei zu verfallen, die den Kollegen nur beunruhigen würde, soll man ihm die Sachlage objektiv auseinandersetzen und seine Sorgen verscheuchen.

Wenn man mit Bestimmtheit dem kranken Kollegen gegenüber auftritt, so wird man ihm nur den besten Dienst erweisen. Es ist selbstverständlich, daß jeder Kollege in die Behandlung möglichst viel hineinzureden versucht. Er hat seine eigenen Anschauungen über die Art des Leidens, über die Aussichten desselben und über die besten Mittel zu seiner Beseitigung. Er sucht natürlich bei dem behandelnden Kollegen zu erreichen, daß diesen Anschauungen Rechnung getragen wird. So sehr man sonst bei kollegialen Beratungen nachgeben und entgegenkommen soll, hier hilft nur unbedingte Festigkeit. Suaviter in modo, fortiter in re. „Sie haben ganz recht, mein lieber Kollege, und Sie machen es jetzt genau so, wie ich es Ihnen vorgeschrieben habe.“ Das wird jedem natürlich schwer.

---

einer größeren Zahl von anderen Schwestern und dem diensthabenden Arzt. Der Verband wurde aufgewickelt und durch einen neuen festen Verband ersetzt. Aus der Fingerbeere wurde etwas Blut entnommen. In diesem Augenblick wurde mir es schwarz vor den Augen. Ich fühlte nach meinem Puls und fand ihn enorm beschleunigt und klein. Ich wußte, daß es sich um eine Blutung handle, daß eine Blutgruppenbestimmung vorgenommen wurde, und daß eine Bluttransfusion gemacht werden solle.“ — Die Bluttransfusion wurde in der Tat ausgeführt und die Wunde entsprechend versorgt. Der Kollege hat den bösen Zwischenfall gut überwunden und erfreut sich heute bester Gesundheit.

Ich erinnere mich noch sehr gut, wie ich in jungen Jahren einem bekannten Hochschullehrer ein Panaritium aufschneiden sollte, und wie er mir genaue Vorschriften darüber machen wollte, wo der Schnitt anzubringen sei, und wie lange er sein dürfe. Ich habe zu allem ja gesagt, im Stillen mir aber doch gedacht: „Ich mache es genau so, wie ich es für richtig halte.“ Der Andere will ja eine feste Meinung, ein sicheres Handeln sehen. Er wird sich brav fügen, wenn er keine Nachgiebigkeit spürt.

Was wir im vorstehenden über die Behandlung des kranken Kollegen gesagt haben, gilt mutatis mutandis auch für seine Familie, für seine Frau und Kinder. Die diagnostische Unsicherheit, die der Kollege bei seiner eigenen Erkrankung erkennen läßt, zeigt sich oft in noch höherem Grade bei den Erkrankungen seiner Angehörigen, sowohl nach der ungünstigen, wie nach der günstigen Seite. Wo ist der Arzt, der bei einem fieberhaften Bronchialkatarrh eines Familienmitgliedes nicht eine Lungenentzündung vermutet, der bei unbestimmten Gelenkschmerzen eines Kindes nicht an Gelenktuberkulose denkt, der bei irgendwelchen Bauchschmerzen nicht in Gedanken die Perforation einer Appendix vor sich sieht, der bei einem Mammatumor seiner Frau nicht ein Karzinom vermutet. Wo Herz und Gemüt sprechen, da hört die diagnostische Voraussetzungslosigkeit und Unbefangenheit auf.

Ebenso wie man bei irgendwelchen verdächtigen Krankheitszeichen leicht eine besonders gefährliche Erkrankung im Geiste entstehen sieht, ebenso kann es vorkommen, daß schwere Ereignisse völlig übersehen werden. Daß eine Appendizitis von dem sonst sehr ängstlichen Vater nicht erkannt wurde, habe ich vor Jahren erleben müssen. Daß eine eitrige

Pleuritis der Diagnose des Vaters vollkommen entging, hat sich in meiner Tätigkeit einmal ereignet.

Jeder Kollege weiß, wie schwer es bei einer Erkrankung im eigenen Hause ist, die Unbefangenheit zu bewahren. Es ist daher bei der Mehrzahl der Ärzte Grundsatz, im Falle der Erkrankung eines Familienmitgliedes einen Kollegen um die Behandlung zu bitten. Dadurch, daß man die Behandlung einem objektiv untersuchenden Kollegen überträgt, lassen sich am besten auch die anderen Schwierigkeiten beseitigen, welche die Behandlung in der eigenen Familie mit sich bringt. Zu der seelischen Befangenheit gegenüber vollkommen klaren Verhältnissen kommen gewisse äußere Unzuträglichkeiten. Der gewöhnliche Kranke kommt in die Sprechstunde oder wird zu einer bestimmten Zeit besucht. Bei einem Familienmitglied heißt es: „Heute abend schaue ich dich an und sage dir, was du tun sollst." Der Tag wird lang, und ganz spät am Abend wird in aller Geschwindigkeit die Untersuchung vorgenommen und die Verordnung gemacht. Daß dabei größte Unzufriedenheit entsteht, ist natürlich, und daß die Autorität und das Vertrauen in die ärztliche Zuverlässigkeit Schiffbruch erleiden, ist selbstverständlich. Dann kommen Vorwürfe wegen ungenügender Aufmerksamkeit und mangelhafter Untersuchung. Allen derartigen Möglichkeiten wird am besten dadurch die Spitze abgebrochen, daß man einen Kollegen mit der Behandlung betraut.

Auf dem Lande, wo der Arzt oft allein ist, war dieser Rat bisher schwierig durchzuführen. Heutzutage, wo der Nachbarkollege mit seinem Auto in 10—15 Minuten da sein kann, werden diese Schwierigkeiten täglich geringer. Aus früheren Zeiten erinnere ich mich an manchen robusten Kollegen,

der nicht nur seine Frau mit der Zange entbunden, sondern auch appendizektomiert hat. Die Notwendigkeit zu einer solchen psychischen Kraftleistung dürfte heute kaum mehr vorliegen.

Man kann diese Ausführungen nicht abschließen, ohne die wirtschaftlichen Dinge, von denen später ausführlich gesprochen wird, kurz zu berühren. In der guten alten Zeit, wo die Zahl der Ärzte sehr klein war, und die wirtschaftlichen Verhältnisse wesentlich besser lagen, galt es als kollegiale Pflicht, die Behandlung eines Kollegen oder eines Familienmitgliedes immer unentgeltlich vorzunehmen. Heute haben sich die Anschauungen über unentgeltliche ärztliche Tätigkeit von Grund aus verschoben, und man darf sagen, daß jeder Kollege, der einen anderen zu Rate zieht, den dringenden Wunsch hat, den Berater auch entsprechend zu entlohnen.

Es ist wohl bekannt, daß viele Ärzte es für ein nobile officium halten, für eine kollegiale Behandlung nichts zu verlangen. Dieser Standpunkt wird aber mehr und mehr unhaltbar. Es scheint notwendig zu werden, daß jeder Arzt, wenn er von einem Kollegen um eine Rechnungsstellung ersucht wird, auch diesem Verlangen Folge leistet. Dabei kann der beratende Kollege immer noch seinem Standpunkt, von einem Kollegen nichts anzunehmen, treu bleiben. Wenn man weiß, welche Not gerade heute in den Kreisen invalid gewordener Kollegen und Kollegenwitwen besteht, so wird man nicht lange in Zweifel sein, was man mit dem von einem Kollegen empfangenen Honorar anzufangen hat. Wenn alle Jahre um Weihnachten herum vom Hartmannbunde die Fragebogen an die Vertrauensmänner ausgeschickt werden, wie es mit der Unter-

stützungsbedürftigkeit einer Reihe von Arztwitwen und Arztwaisen stehe, so ist man stets geradezu erschüttert von dem Elend, das in diesen Kreisen herrscht. Wenn man erfährt, daß eine Arztwitwe monatlich RM. 25.— vom Hartmannbund und RM. 15.— von einer anderen Unterstützungskasse erhält und von diesen RM. 40.— einen Monat lang leben muß, so weiß man nicht, wie das überhaupt möglich ist.

Schwalbe hat in verdienstvoller Weise auf das Elend hingewiesen, das gerade in den Kreisen alter, erwerbsunfähig gewordener Kollegen herrscht und mit beredten Worten zur Unterstützung dieser Kollegen aufgefordert. Gegenüber diesen traurigen Verhältnissen darf man wohl fordern, daß jeder Kollege für seine ärztliche Leistung bei einem anderen wirtschaftlich gut gestellten Arzt ein Honorar verlange und dieses Honorar den ärztlichen Unterstützungskassen zuweise. Für sich will er von einem Kollegen nichts nehmen. Das ist ein durchaus anzuerkennender Standpunkt. Wohl aber soll man etwas nehmen, um es einem anderen notleidenden Kollegen oder einer Kollegenwitwe zuzuweisen.

Das kollegiale Honorar.

In der ärztlichen Standesordnung hieß es früher, daß für die Behandlung von Kollegen und deren Frauen und unversorgte Kinder eine Rechnung im allgemeinen nicht zu stellen sei. Die Kollegen, die seinerzeit diese Vorschrift erlassen haben, gingen sicher von der Überlegung aus, daß es zu den schönsten Aufgaben eines Arztes gehört, einem in Not be-

findlichen Kollegen Rat und Hilfe, ohne Aussicht auf Entgelt, zu erteilen.

In gleicher Weise, wie die Ärzte sich bei Krankheit und bei Urlaub gegenseitig vertraten, so leisteten sie einander ärztliche Hilfe, wenn ein Arzt oder eines seiner Angehörigen erkrankte. Der um seinen Rat angegangene Kollege wußte, daß er auch seinerseits, im eigenen Krankheitsfalle, bei seinem Kollegen stets unentgeltlich Hilfe finden würde.

Die Zeiten haben sich seitdem gewaltig geändert. Vor allem hat sich die wirtschaftliche Lage des Ärztestandes in hohem Grade verschlechtert. Die Privatpraxis ist bis auf geringe Reste zusammengeschrumpft. Vor 40 Jahren kannte man noch kaum Kassenkranke; der größte Teil der Patienten waren Privatkranke, denen die Bezahlung ihres Arztes eine selbstverständliche Pflicht war. Waren die Preise auch nur bescheiden: der einigermaßen beschäftigte Arzt hatte sein gutes Auskommen. Die Lebenshaltung war weit billiger. Trotz des geringen Honorars gelang es vielen Ärzten, sich ein kleines Vermögen zu erwerben, dessen Zinsen ihnen im Alter ein befriedigendes Auskommen gestatteten.

Heute sind auch auf dem Lande mehr als 90 Proz. der Patienten Kassenkranke. Was dieser Umstand für das Einkommen bedeutet, brauche ich hier nicht auseinanderzusetzen. Hinzu kommt, daß die Zahl der Ärzte in den letzten 50 Jahren in erschreckender Weise gestiegen ist. Aus den 20000 Ärzten der achtziger Jahre sind jetzt mehr als 40000 geworden; in 4 Jahren werden es, einer sicheren Berechnung nach, 60000 sein. Bei einem so stark geschmälerten Einkommen hat der Arzt die früher oft geübte Unentgeltlichkeit seiner Leistung mehr und mehr einschränken müssen.

Galt es früher als selbstverständlich, für wohltätige Anstalten, für gemeinnützige Einrichtungen entweder vollkommen ohne Bezahlung oder doch nur für einen bescheidenen Gewinn tätig zu sein, so ist dies bei der heutigen wirtschaftlichen Lage durchaus unmöglich: und so kommt es, daß der Arzt auch seinen Kollegen und deren Familien seine Zeit nicht mehr unentgeltlich opfern kann, wie es früher der Fall war.

Früher kannten sich die Ärzte eines Ortes oder eines Bezirkes alle persönlich. Das galt sogar für die größeren Städte. Der neu sich niederlassende Arzt machte den Kollegen seinen Besuch oder versuchte im Ärztlichen Verein ihre Bekanntschaft zu machen. Jetzt kennen sich kaum die Kollegen der gleichen Straße, nicht einmal die des gleichen Hauses.

Die miteinander persönlich bekannten Kollegen vertraten sich gegenseitig, und es war selbstverständlich, daß der eine Arzt den anderen unentgeltlich behandelte, wie er auch das gleiche von seinem Kollegen voraussetzte. Wie die Mehrzahl der Familien der besseren Stände, hatte auch jede ärztliche Familie ihren Hausarzt. Das Fachärztesystem war weit weniger ausgebildet. Auch der Arzt wandte sich in Krankheitsfällen zunächst an den befreundeten Kollegen und ging erst dann zu einem Facharzt, wenn dieser Kollege eine fachärztliche Behandlung für erforderlich hielt. Heute ist es Sitte, daß gerade der kranke Arzt sich besonders gerne an den Spezialisten wendet, nicht nur für sich, sondern auch für seine Angehörigen. Durch diese kollegiale Inanspruchnahme sind manche Fachärzte in sehr erheblicher Weise belastet worden. Ein Kinderarzt schrieb neulich, daß er täglich 4—5 Besuche in Kollegenfamilien machen muß. Ein anderer Facharzt erzählte,

daß er täglich 2—3 Angehörige von Kollegen und deren Familien zu behandeln habe.

Es ist klar, daß es für jeden Facharzt eine Auszeichnung bedeutet, wenn das Vertrauen der Kollegen seinen Rat in Anspruch nimmt. Man kann aber auch verstehen, daß eine Häufung der kollegialen Beratungen selbst den wohlwollendsten und wirtschaftlich bestgestellten Arzt schließlich zu sehr belasten, als daß er diese Leistungen unentgeltlich machen könnte. Grundsätzlich muß hier eine Entschädigung für die Arbeit der Fachärzte als unbedingt erforderlich erklärt werden.

Auch für den Rat suchenden Kollegen ist es, wie die Dinge heute liegen, das beste, wenn der von ihm zugezogene Arzt sich zu einer Rechnungstellung bereit erklärt. Die Mehrzahl der kranken Kollegen geht schon von der Voraussetzung aus, daß sie den zugezogenen Arzt bezahlen müssen. Beispiele wie dasjenige des Arztes in Pommern, der einen Kollegen eine Tagereise weit herkommen ließ und ihm dann neben seinem Dank einen Sack vortrefflicher Äpfel zusicherte, werden wohl nicht mehr vorkommen. Ebenso dürfte es auch eine Seltenheit sein, wenn ein Chirurg von einem gänzlich unbekannten Arzt in der Nacht zu einer Blinddarmoperation an einem Familienangehörigen geholt wird und von demselben, außer dem „danke schön", nichts weiter mehr hört. Der größte Teil der Ärzte hat doch, wie ich versichern kann, nach der Inanspruchnahme auch eines beschäftigten Kollegen das drückende Gefühl der Schuld und sucht sich auf die übliche Weise von diesem Schuldgefühl zu befreien. Wer je in der Lage gewesen ist, von einem Kollegen behandelt zu werden, weiß, wie unangenehm es ist, wenn man diese Behandlung als unentgeltlich

hinnehmen soll. Eine große Anzahl von Ärzten macht darum auch bei dem Ersuchen um Übernahme der Behandlung die Bedingung, daß sie ebenso wie alle anderen Kranken gegen Entgelt behandelt werden.

Gegen die Bitte, dem behandelnden Kollegen eine Rechnung zu schreiben, soll man sich nicht sträuben. Tut man es, so hat man nachher es sich selbst zuzuschreiben, wenn die Sammlung von Vasen, Sofakissen, Tanagrafiguren, Schreibmappen, Zigarrentaschen um einige weitere Stücke vermehrt wird. Es ist doch viel besser, wenn man von dem Kollegen ein, wenn auch in bescheidenen Grenzen gehaltenes Honorar verlangt, als daß man ihn zwingt, mit vieler Mühe einen Gegenstand auszusuchen, von dem er später erfährt, daß dieser dem Empfänger keinerlei Freude bereitet hat.

In neuerer Zeit ist es öfter vorgekommen, daß die Kollegen, wenn sie ihre Rechnung nicht erhalten konnten, selbst die Höhe der Rechnung bestimmten und dem Arzt das Honorar übergeben haben. Dies Verfahren ist nicht zu empfehlen. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß bei einer derartigen Methode der Behandelte immer viel zu hoch rechnet. Handelt es sich um einen wohlhabenden Kollegen, so ist es ja weiter kein Unglück. Wenn man aber weiß, wie schwer sich der Betreffende in seiner Praxis plagen muß, so ist es peinlich, wenn man von ihm ein größeres Honorar erhält. Gerade die nicht sehr günstig gestellten Kollegen sind oft die allerfeinstdenkenden und um ihnen eine zu starke finanzielle Belastung zu ersparen, soll man in solchen Fällen mit derRechnungstellung nicht zurückhalten.

Neben dem Druck des Schuldgefühls im allgemeinen kommt noch etwas anderes hinzu: der Arzt ist, wie jeder weiß, der viel mit Ärzten zu tun hat,

kein ganz einfacher Kranker. Oft bedrückt von allen möglichen hypochondrischen Vorstellungen, stellt er an die diagnostischen Bemühungen des Konsultierenden in der Regel ganz große Anforderungen, plagt ihn mit allen möglichen Einwänden und verlangt weiter eine besonders eingehende, alle Nebenerscheinungen berücksichtigende Behandlung. Wie will er das alles von einem Kollegen verlangen, wenn er nicht weiß, daß er Gelegenheit hat, die aufgewandte Mühe in üblicher Weise zu entlohnen. Er müßte so in Sorge leben, daß die ihm zuteil gewordene Behandlung weniger gut sein würde, als die, welche ein gewöhnlich zahlender Privatkranker erfährt.

In der Tat haben auch schon manchmal Ärzte bei der Inanspruchnahme eines Kollegen die Empfindung gehabt, daß sie nicht mit der erhofften Genauigkeit untersucht wurden, und daß vor allen Dingen der betreffende Kollege die erwartete freundliche Anteilnahme an ihrem Ergehen hat vermissen lassen. Besonders Ärztefrauen haben solche Klagen laut werden lassen. Und es ist in manchen Fällen sogar so weit gekommen, daß Ärztefrauen sich gescheut haben, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, und daß sie so ein ernsteres Leiden geradezu vernachlässigt haben.

Daß mit der alten Anschauung, die Kollegen seien unentgeltlich zu behandeln, zu brechen ist, ist nach allen Ausführungen klar. Als Grundsatz müssen wir aufstellen, daß auch jedem Arzt eine Rechnung gestellt werden muß.

In der Praxis gestaltet sich die Ausführung einer solchen Bestimmung nicht so ganz einfach. Auch unter den Ärzten gibt es Kranke von verschiedener Bewertung und von verschiedener Leistungsfähigkeit.

Es soll versucht werden, die mancherlei in Betracht kommenden Möglichkeiten nach den verschiedenen Gesichtspunkten auf Grund eigener Erfahrung zu ordnen und darzulegen.

Zunächst die Art der Leistung: daß man für eine harmlose Sprechstundenberatung einem Kollegen eine Rechnung nicht stellen wird, ist selbstverständlich. Wenn ein Arzt kommt mit einem unschuldigen Papillom im Gesicht, bei dem er Bösartigkeit befürchtet oder mit einer leichten Lymphangitis nach einer Nagelbetteiterung oder mit einer einfachen Leistenhernie, so ist es klar, daß man für eine derartige kurze Beratung ihm eine Rechnung nicht ausstellen wird. Einem um die Rechnung bittenden Kollegen darf man in einem solchen Falle ruhig sagen: „Lieber Herr Kollege, meine Mühe ist so gering, daß ich Ihnen dafür irgendeinen Betrag nicht berechnen kann. Ihr kollegiales Vertrauen ist mir die beste Belohnung. Ich bin überzeugt, daß Sie im umgekehrten Falle nicht anders handeln würden."

Die meisten Kollegen werden sich mit dieser Erklärung zufrieden geben, mancher läßt sich aber nicht abweisen; auf wiederholtes dringendes Verlangen ist ihm die Gebühr in der weiter unten dargelegten Höhe bekanntzugeben.

Geht die ärztliche Begutachtung über eine gewöhnliche Sprechstunden-Beratung hinaus, sind eingehende fachärztliche Untersuchungen (endoskopische, mikroskopische, hämatologische, röntgenologische) vorzunehmen, sind irgendwelche Eingriffe zu machen, dann soll auch eine Rechnung geschrieben werden.

Neben der Art der Leistung ist die Persönlichkeit des uns konsultierenden Kollegen in Betracht

zu ziehen. Handelt es sich um einen mir bekannten und befreundeten, beruflich nahestehenden Arzt, so werde ich die Frage der Rechnungstellung ganz anders entscheiden, als bei einem mir vollkommen Fremden. Wenn mich ein Kollege befragt, mit dem ich häufig in der Konsiliar-Tätigkeit zu tun habe, mit dem ich enge berufliche und freundschaftliche Beziehungen habe, so kann ich mich nicht entschließen, ihm eine Rechnung zukommen zu lassen. Ich werde ihm sagen: „Mein lieber Freund, uns führen so viele gemeinsame Kranke und gemeinsame Besprechungen im Laufe des Jahres zusammen, daß wir wohl ein Recht darauf haben, uns in Krankheitstagen, ohne Aussicht auf Gewinn, gegenseitig ärztliche Hilfe zu leisten."

Aber auch der gute Freund und nahestehende Kollege möchte nichts schuldig sein. Bekommt er trotz seiner Bitten keine Rechnung, so erscheint nach einiger Zeit das bekannte Geschenk, an dem meist weder Geber, noch Empfänger eine rechte Freude haben. Bei solchen hartnäckigen Kranken ist es weit besser, dem Wunsch nach Rechnungstellung nachzukommen.

Handelt es sich dagegen um einen ganz unbekannten Kollegen, mit dem einen keinerlei Beziehungen verbinden, so wird man auf dessen Bitte ihm ohne weiteres eine Rechnung in üblicher Höhe übergeben. In einem solchen Falle lange Zeit mit Erklärungen zu vertun, hat keinen Wert. Zumal bei solchen Fachärzten, die besonders häufig von Kollegen in Anspruch genommen werden, soll die Rechnungstellung ohne weiteres erfolgen..

Wie bei allen übrigen Kranken, wird man auch bei Kollegen die Berechnung einer Gebühr davon abhängig machen, ob der Betreffende in wirtschaftlich günstigen Verhältnissen lebt oder nicht.

Das zu wissen und zu erkennen, ist nicht immer ganz einfach. Bei bekannten Kollegen weiß man in der Regel Bescheid; bei unbekannten ist das Urteil oft sehr erschwert. Einem jungen Kollegen, der noch nichts verdient, einen Geldbetrag abzuverlangen, wird jedem widerstehen.

Aber jeder, der in geordneten Verhältnissen lebt, soll auch die Mühewaltung entschädigen. Man wird natürlich nie einen Geldbetrag verlangen, wenn er nicht gerne gegeben wird. Verabschiedet sich ein Kollege bei mir, ohne von der Rechnung überhaupt zu sprechen, oder indem er sagt: „Einstweilen meinen herzlichsten Dank, Herr Kollege, Ihre Rechnung senden Sie mir wohl gelegentlich", dann weiß ich, daß er auf die Zusendung einer Rechnung keinen großen Wert legt, freue mich über das mir geschenkte Vertrauen und erspare mir Schreibarbeit und Porto. Wenn der Betreffende aber schon vor der Behandlung an mich herantritt: „Nicht wahr, Herr Kollege, Sie behandeln mich wie jeden andern Kranken", und wenn er diese Aufforderung womöglich noch ein- oder zweimal wiederholt, so sende ich ihm unbedingt eine Rechnung zu. Dieser Kollege will seiner Verpflichtungen ledig sein.

Früher habe ich in solchen Fällen manchmal von Rechnungstellung abgesehen. Dann kam nach einiger Zeit regelmäßig ein Geschenk oder eine Geldsendung von weit höherem Wert als ich jemals gefordert hätte.

Vor einiger Zeit entfernte ich einem befreundeten Kollegen in örtlicher Betäubung eine kleine Warze. Ich würde dafür gar nichts, oder, wenn er eine Rechnung verlangt hätte, höchstens RM. 20.— gerechnet haben. Er gab mir einen Briefumschlag, in dem ich nachher RM. 50.— vorfand. Das waren RM. 30.— zu viel. Ich hätte sie am

liebsten zurückgeschickt, wollte ihn aber auch nicht kränken und habe die RM. 30.— einem guten Zweck zugewendet.

Im Frühjahr 1925 operierte ich auswärts die Frau eines Kollegen an Gallensteinen; leider erfolglos. Der Kollege bat mich brieflich um die Rechnung. Ich zögerte etwas und sandte nach einiger Zeit eine Rechnung über RM. 100.—. Der Kollege sandte das Honorar mit Dank ein und bemerkte dazu, daß meine Rechnung gerade in dem Augenblick gekommen sei, als er eine Postanweisung über RM. 500.— an mich geschrieben hatte. Ich war froh, dem Unglück vorgebeugt zu haben.

Bei Angehörigen von Ärzten wird man in gleicher Weise verfahren, wie bei den Ärzten selbst und die Rechnung von der Art der Leistung, von den wirtschaftlichen und den persönlichen Beziehungen abhängig machen. Daß man den Kreis der Angehörigen nur auf die engste Familie, d. h. auf Frauen und unversorgte Kinder ausdehnen soll, ist selbstverständlich. Es geht nicht an, Geschwister, Eltern, versorgte Söhne und Töchter von Ärzten unentgeltlich zu behandeln. Hier soll man ganz folgerichtig handeln und keiner falschen Rücksichtnahme huldigen.

Daß bei den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen Witwen von Kollegen grundsätzlich unentgeltlich zu behandeln sind, bedarf wohl keiner weiteren Ausführung. So wie die Dinge heute liegen, gibt es keine Ärztewitwen, die über irgendwelche Mittel verfügen. Hier haben wir die beste Gelegenheit zu zeigen, daß es unsere schönste Aufgabe ist, für die Hinterbliebenen unserer Kollegen einzutreten. Das letztere scheint selbstverständlich, wird aber nicht von allen Ärzten beachtet. Seit langem kommt zu mir die Witwe eines Arztes, die seit vielen Jahren eine Unterstützung von dem Leipziger Verband bezieht und mit ihren 5 Kindern in den schwierigsten

wirtschaftlichen Verhältnissen lebt. Vor einiger Zeit mußte sie sich einer Operation unterziehen; der betreffende Arzt hat ihr, wie ich mich selbst überzeugt habe, RM. 200.— gerechnet. Die arme Frau hat mit vieler Mühe das Geld zusammengespart. Besser würde es gewesen sein, wenn der Kollege ihr nicht nur das Honorar erlassen, sondern etwas dazu geschenkt hätte.

Die Höhe der Rechnung muß sich selbstverständlich den wirtschaftlichen Verhältnissen des betreffenden Kranken anpassen. Ärzte mit großem Einkommen gibt es nur in geringer Zahl. Die meisten unserer Kollegen müssen mit einem bescheidenen Einkommen rechnen. Dem Wohlhabenden wird man eine entsprechend höhere Rechnung stellen. Bei der Mehrzahl unserer Kollegen werden wir unsere Leistungen sehr bescheiden einzuschätzen haben.

Wenn man Zahlen angeben muß, so empfiehlt es sich am meisten, den Mindestsatz der Gebühren-Ordnung zugrunde zu legen. Bei den kleinen Leistungen soll man im allgemeinen über die dreifache Gebühr nicht hinausgehen. Bei größeren Leistungen, operativen Eingriffen soll man sich an die Mindestgebühr der Adgo halten und dieselbe nur in ganz besonderen Fällen überschreiten. Auch bei lang dauernden Behandlungen, bei denen sich die Krankheit über Wochen und Monate hinauszieht und neben anderen Auslagen die Finanzen des Kollegen sehr in Unordnung bringt, soll man stets die Mindestgebühr rechnen. Besondere Auslagen (Fuhrwerk, Reisen, Röntgenplatten) müssen natürlich eigens verrechnet werden.

Es ist mir sehr wohl bewußt, daß die eben von mir genannten Richtlinien bei vielen Kollegen keine Zustimmung finden werden. Ich kenne eine große

Reihe gerade unserer besten Ärzte, die grundsätzlich einem Kollegen eine Rechnung nicht stellen. Bei den heutigen Verhältnissen scheint mir diese Methode nicht richtig zu sein. Wenn der zu Rat gezogene Arzt das Geld nicht für sich verwenden will, so hat er reichlich Gelegenheit, den ihm zugegangenen Betrag wohltätigen Zwecken zu überweisen. Wer auch nur einen geringen Einblick in die Not hat, die in vielen Familien von invaliden Ärzten und von alten Arztwitwen herrscht, der soll keine Gelegenheit versäumen, die zur Unterstützung dieser Familien bestehenden Einrichtungen zu stärken. Die Wohlfahrtskassen der Bayerischen Ärztekammer, der Münchener Christoph-Müller-Stiftung, die Unterstützungskassen der übrigen Ärzte-Kammern, die Julius-Schwalbe-Stiftung haben schon reichen Segen in arme Ärztefamilien gebracht. Man muß nur einmal einen Dankesbrief eines aus einer solchen Spende Beglückten lesen, um sich davon zu überzeugen, wie dringend hier andauernde Hilfe not tut. Gerade die heute noch über ein gutes Einkommen verfügenden Fachärzte (Chirurgen, Röntgenologen) sollen keine Gelegenheit versäumen, um hier einzugreifen.

Mit den Geschenken soll grundsätzlich ein Ende gemacht werden. Eine wirklich reine Freude erlebt man dabei nur sehr selten, auch wenn es sich um sehr wertvolle Stücke handelt. Wieviel Gutes könnte man mit dem Geldwert eines solchen Geschenkes stiften!

Vor vielen Jahren sandte mir ein in sehr guten Verhältnissen lebender Kollege (er ist lange gestorben) für eine sich durch viele Monate hinziehende Behandlung eines Pleura-Empyems einen bunt angemalten Mohren, wie er früher in unseren Tabakläden zu finden war. Ich habe lange nicht gewußt, wo ich diesen neuen Hausgenossen unterbringen sollte. Da der freundliche Geber oft in mein

Haus kam und sich nach seinem Geschenk umsah, so war ich gezwungen, es so aufzustellen, daß es sichtbar war. Rechte Freude erregte der Mohr an keiner Stelle. Nach vielem Hin- und Herwandern hat er schließlich in einem Dienerzimmer eine freundliche Unterkunft gefunden.

Für die Unentwegten, die unbedingt ein Geschenk machen müssen, dürften vielleicht einige Richtlinien willkommen sein. Als das beste Geschenk ist stets ein medizinisches Werk anzusehen. Ein gutes Buch kann jeder brauchen. Unter den vielen ausgezeichneten Werken unserer großen Verlagsbuchhandlungen wird es nicht schwer fallen, etwas Geeignetes zu finden. Umtausch ist natürlich jederzeit gestattet.

Die Auswahl eines geeigneten Hausgerätes ist sehr schwer. Geschmack und Bedürfnisse sind zu verschieden. Wirkliche Freude wird immer ein echter Teppich bereiten; leider bei den heutigen Verhältnissen kaum mehr erschwingbar.

Mit Eßwaren sei man besonders vorsichtig und erkundige sich vorher nach der Geschmacksrichtung. Wer unbedingt etwas für den Gaumen tun will, darf sicher sein, daß ein guter alter Burgunder oder ein 26er Forster Jesuitengarten in einer der bekannten Originalfüllungen kaum je auf Widerstand stoßen wird.

Albert Krecke †

Am 29. Juli 1932 schlossen sich für immer zwei Augen, in die unzählige Kranke mit unbegrenztem Vertrauen und gläubiger Hoffnung geschaut haben. *Albert Krecke* ist nicht mehr! Ein Mann ist von uns gegangen, der als Arzt und als Mensch nicht seinesgleichen hatte.

Albert Krecke war ein Westfale. Geboren wurde er am 28. Februar 1863 in Salzuflen. Eine sonnige Kindheit und fröhliche Studentenjahre gingen der ernsten Arbeit, die später sein ganzes Leben ausfüllen sollte, voraus.

1884 wurde er Assistent von *Strümpell* in Erlangen; ihm verdankt er seine gute interne Ausbildung. Nach einer längeren Reise als Schiffsarzt trat er in die chirurgische Klinik von *Heineke* als Assistent ein. Das Vorbild *Heinekes* wurde entscheidend für seine Zukunft. Er blieb der Chirurgie treu. 1890 ließ er sich in München nieder, wo er sich aus kleinen Anfängen eine Praxis erarbeitete, die allmählich immer größer wurde und ihm 1896 erlaubte, eine größere Privatklinik in der Beethovenstraße zu eröffnen. Doch auch diese genügte für die Dauer nicht, so daß er 1912 mit dem Bau der neuen Klinik in der Hubertusstraße begann, welche unmittelbar vor dem Kriege vollendet wurde. Im Innern wie im Äußeren stellt sie ein nicht zu übertreffendes Vorbild einer sorgfältig gepflegten Privatklinik dar. Sie wurde seine Wirkungsstätte in den letzten 18 Jahren seines Lebens.

Albert Krecke ist Chirurg gewesen. Er überlegte sich oft, ob er eine Operation ausführen sollte; wenn er aber nach gründlicher Untersuchung den Entschluß gefaßt hatte, so ging er zielbewußt ohne Zögern an die Arbeit. Die Kühnheit des Eingriffs reizte ihn

nicht, aber er schreckte auch vor keinem Wagnis zurück, wenn er an die Möglichkeit der Hilfe glaubte. Die Hauptsache war ihm Gründlichkeit, bei der eine sehr sorgfältige Blutstillung eine große Rolle spielte. Daß er ein Meister des Messers war, das wußten nicht nur die Ärzte, die seinen Operationen beiwohnten, sondern auch die Kranken, die seine Hilfe suchten. Aber seine Geschicklichkeit und seine große Erfahrung waren es nicht allein, die zahllose Kranke in seine Klinik führten. Eine ebenso große Rolle spielte dabei seine Persönlichkeit.

Schon in seiner Gestalt und Haltung kam seine Kraft und seine Willensstärke zum Ausdruck. In den hellen blauen Augen lag Ernst, aber auch Güte, in den scharf geschnittenen Lippen die Bestimmtheit seines Wesens. Wenn er sich mit den Kranken unterhielt, so war aus aller Sachlichkeit die persönliche Teilnahme herauszuhören, und wenn er untersuchte, so glitt die Hand des starken Mannes weich und zart über den kranken Körperteil, kein überflüssiger Strich — kein vermeidbarer Druck —. Kam es zur Operation, so setzte er sich stets beim Beginn der Narkose zum Kranken, nahm seine Hand, sprach einige beruhigende Worte und der Kranke schlief ein mit dem Gefühl: der Helfer ist da. Um 1 Uhr nachts, bevor er sich hinlegte, besuchte er noch einmal die Kranken, die ihm Sorge machten. Um $^1/_2 7$ Uhr schaute er schon wieder nach ihnen, im Laufe des Tages erschien er mehrmals. Nach 24 Stunden wußte der Kranke, in sorgsameren Händen konnte sein Geschick nicht liegen, und das Verhältnis des unbedingten Vertrauens war meist für das ganze Leben hergestellt.

Als der Tod *Kreckes* bekannt geworden war, sprach mich eine Bäuerin aus dem Isartal daraufhin

an. Sie war von *Krecke* wegen eines Kropfes operiert worden und gab ihrer Dankbarkeit mit herzlichen Worten Ausdruck. Dabei sprach sie immer von „Vater *Krecke*". Ich fragte sie, warum sie „Vater" sagte. Sie antwortete: „Mei! woaßt er is zu uns halt wie a Voda (Vater) gwen." Ich weiß von keinem anderen Arzt, den seine Kranken Vater genannt haben, und deshalb dürfte dieses kleine Erlebnis das Vertrauensverhältnis, in dem Krecke zu seinen Kranken stand, besser kennzeichnen, als viele Worte.

Dieses Vertrauen wurde in der Regel durch den Erfolg der Operation belohnt. War der Ausgang nicht so, wie er erwartet hatte, so kam er nicht leicht darüber hinweg. Er tröstete sich nicht damit, daß eine Verkettung von ungünstigen Umständen das Unglück verursacht hatte, sondern er quälte sich unablässig mit der Frage: hätte durch ein anderes Vorgehen der Mißerfolg vermieden werden können? Neben der Arbeit, die sein Leben ausfüllte, stand immer die Sorge.

Unglaublich war die Arbeitskraft von *Krecke.* Wenn sich schwere Nachtoperationen bis zum Morgen hingezogen hatten, dann legte er sich gar nicht mehr hin, sondern arbeitete weiter, und so konnte es vorkommen, daß er 36 Stunden hindurch arbeitete, ohne 1 Stunde lang richtig geschlafen zu haben. Machte ihm ein Kranker schwere Sorge, so zog er sich abends nicht aus, sondern legte sich auf den Diwan, um schnell bereit zu sein, falls der Kranke ihn brauchte.

Sehr stark entwickelt war sein soziales Empfinden. Das kam schon in seiner ärztlichen Tätigkeit zum Ausdruck. Er hatte auf seine Kosten ein Ambulatorium für unbemittelte Kranke errichtet, das sehr stark von der Bevölkerung Nymphenburgs

in Anspruch genommen wurde. In seiner Klinik lagen immer zahlreiche Kranke, die er unentgeltlich behandelte. Aber auch andere Arme, zu denen er keine ärztlichen Beziehungen hatte, unterstützte er in reichem Maße. Als sein Hinscheiden bekannt wurde, kamen viele Arme zu den Schwestern der Klinik mit der bangen Frage: „Wer wird jetzt für uns sorgen?" Auch für die ärztliche Not hatte *Albert Krecke* immer eine offene Hand. Wenn eine Sammlung für Ärztewitwen- oder -waisen oder invalide Kollegen eingeleitet wurde, stand sein Name immer unter einem der ersten Spender und immer mit einer großen Summe.

Sein warmes soziales Empfinden ließ ihn auch regen Anteil nehmen an den Angelegenheiten des ärztlichen Standes. *Hermann Kerschensteiner*, der diesen Teil seiner Tätigkeit besser kannte als ich, schreibt darüber: besondere Verdienste hat sich *Albert Krecke* um die Entwicklung des Leipziger Verbandes in Bayern erworben. Er zählte zu den Gründern der südbayerischen Abteilung und war dann jahrelang Obmann für Südbayern. Auch im Bezirksverein, in dessen Sitzungen er vor dem Kriege nie fehlte, hat er jahrelang eine führende Rolle gespielt und sich besonders durch ausgezeichnete, stets den Kern der Sache treffende Diskussionsreden hervorgetan. Er war besonders geschätzt wegen seiner wahrhaftigen, aufrichtigen und aufrechten Natur, die vereinigt war mit größter Verbindlichkeit und Liebenswürdigkeit. *Krecke* hat es besonders verstanden, Gegensätze auszugleichen und im Sinne der Versöhnlichkeit und des Friedens zu wirken.

Sein Bemühen in dieser Richtung trug ihm schließlich den Titel „Beschwichtigungshofrat" ein. Er hat herzlich darüber gelacht, er hat sich aber da-

durch nicht abhalten lassen, weiter im Sinne des Friedens zu wirken.

A. Krecke war nicht nur ein unermüdlich tätiger Arzt, er war auch ein Lehrer. Zunächst für seine Assistenten. Er hat mir einmal gesagt: „Nicht die sind die guten Chefs, bei denen es die Assistenten bequem haben, sondern die, bei denen sie es unbequem haben.“ Er war im Sinne dieser Definition ein guter Chef, denn er verlangte viel von seinen Assistenten und war im Dienst von eiserner Strenge. Ein Beispiel: wenn ein Assistent in Vertretung des Chefs nachts einen neuen Kranken aufgenommen und eine Operation ausgeführt hatte, so mußte um 6 Uhr früh die Krankengeschichte auf dem Schreibtisch des Chefs liegen. Aber trotzdem war das Verhältnis zwischen den Assistenten und *A. Krecke* sehr herzlich und gelernt haben alle viel bei ihm. Die *Krecke'sche* Schule wurde allen seinen Mitarbeitern ein Segen für das ganze Leben. Ein früherer Assistent schrieb zum Tode *Kreckes*: „Heute noch gibt es für mich im Beruf nur den Gedanken an *Krecke*: wie hat das *Krecke* gemacht und was würde *Krecke* dazu sagen?“

Auch seinen Krankenschwestern ist *Krecke* ein aufopfernder Lehrer gewesen. Jeden Freitag nachmittag hielt er ihnen eine Vorlesung, immer treu besorgt für ihre Fortbildung.

Ich weiß nicht, warum *Albert Krecke* die akademische Laufbahn nicht eingeschlagen hat. Vielleicht war seine übergroße Bescheidenheit daran schuld. Diese Bescheidenheit war ein wesentlicher Zug seines Charakters. Ich habe nie, wenn er mir von einem Erfolg in seiner Klinik erzählte, ein Wort gehört, das als Stolz oder als Selbstlob seiner Arbeit hätte gedeutet werden können. Viele, die seine Arbeiten gelesen haben, werden bedauern, daß ihm

kein Wirken im Hörsaal beschieden war. Denn er würde seinen Schülern mit den besten Fachkenntnissen auch jene hohe Auffassung des ärztlichen Berufes übermittelt haben, die ebenso notwendig ist wie ärztliches Können. Er hätte nicht Krankheitsfälle, sondern Kranke vorgestellt und sicher würden seine Vorlesungen für das ganze Leben nachwirkende Eindrücke bei den Studenten hinterlassen haben. *Krecke* besaß die Gabe des Lehrens und die Freude am Lehren. Da ihm aber eine Wirksamkeit als Lehrer im Hörsaal nicht möglich war, so übte er sie am Schreibtisch.

So entstanden die Jahresberichte und die Beiträge zur Praktischen Chirurgie. 6 Bände, die vor mir liegen, umfassen die Jahre 1910—1926. Sie enthalten 2600 Seiten. Wie viele Seiten seine ganze literarische Tätigkeit umfaßt, kann ich augenblicklich nicht feststellen. Aber unter allen Umständen ist es fast unbegreiflich, daß ein Arzt, der so ganz im Dienst am kranken Menschen aufging, daneben eine so reiche wissenschaftliche Tätigkeit entfalten konnte.

Zu verstehen ist das nur, wenn man seine Lebensweise gekannt hat. Er stand früh 5 oder $^1/_2$6 Uhr auf. Von 7 Uhr ab bis abends 8 oder 9 oder 10 Uhr gehörte mit Ausnahme einer sehr kurzen Mittagspause seine ganze Arbeitszeit den Kranken. Für seine wissenschaftlichen Arbeiten blieben meist nur die Morgenstunden von 5—6$^1/_4$ Uhr und die Nachtstunden von 11—1 Uhr. Die Aufsätze, von denen ein großer Teil in der Münch. Med. Wochenschr. erschienen sind, wandten sich zum Teil an die chirurgischen Fachärzte, zum Teil an die praktischen Ärzte.

A. Krecke ist in seinen Jahresberichten dem klassischen Beispiel, das *Billroth* aufgestellt hatte, gefolgt. Mit einer schonungslosen Ehrlichkeit, gleich-

zeitig aber mit einer in die Tiefe dringenden Kritik berichtet er über das Wichtigste, was er in den Berichtsjahren erlebt hat — Erfreuliches und Unerfreuliches. *A. Krecke* ist der einzige Chirurg, der es fertig gebracht hat, solche Jahresberichte über zwei Jahrzehnte hindurch fortzusetzen. Wenn Jahresberichte Leser finden sollen, so müssen sie sehr gut geschrieben sein. Das trifft für die *Krecke'sche* Darstellung zu. Mit kurzen, knappen Worten wird das Krankheitsbild geschildert, aber dabei lebendig, oft geradezu dramatisch, so daß der Leser alles miterlebt. Die *Krecke'schen* Jahresberichte waren in den Händen der meisten deutschen Chirurgen. Keiner wird sie gelesen haben, ohne reichen Gewinn, nicht nur wegen des Neuen, was sie brachten, sondern auch wegen der Kritik, die sie an alten Methoden übten. *Krecke* war frei von jedem Autoritätsglauben und urteilte nur auf Grund seiner eigenen Erfahrungen. Er hatte ein Fingerspitzengefühl für die Brauchbarkeit einer neu empfohlenen Methode, das ihn vor Irrwegen und Zeitverlust bewahrte.

Besonders dankbar wurden seine Arbeiten aufgenommen von den Chirurgen, die auf eine bescheidene Zahl von Kranken angewiesen waren und die nicht die Erfahrungen einer großen Klinik im Laufe des Jahres sammeln konnten. Wie stark die Wirkung der *Krecke'schen* Jahresberichte auf diese Gruppe von Chirurgen war, habe ich im Kriege gesehen. Wir besuchten gemeinsam als fachärztliche Beiräte die Lazarette, welche meist in kleinen Krankenhäusern untergebracht waren. Wenn die Arbeit an den Verwundeten beendet war, brachte fast stets der Krankenhausarzt die Sprache auf irgendeine Arbeit von *Krecke*, welche Probleme der Friedenschirurgie behandelte, und man gewann den Eindruck, daß sie alle — was einmal auch ein Kollege ausdrück-

lich sagte — nach *Krecke* zu arbeiten pflegten. Alle hatten ein unbegrenztes Vertrauen zu der reichen Erfahrung *Kreckes*. Wenn die Wirkung der *Krecke'schen* Aufsätze in anderen Teilen Deutschlands ähnlich war wie in Oberbayern-Schwaben — und ich zweifle nicht daran —, so ist der Einfluß *Kreckes* auf die Mehrzahl der deutschen Chirurgen außerordentlich stark gewesen. Nicht minder groß war die Wirkung der für die praktischen Ärzte geschriebenen Aufsätze. Viele zeigen dem Arzt, wie er die Frühdiagnose beim Magen- und Darmkrebs, bei Magengeschwüren, bei der Appendizitis usw. stellen kann; andere geben praktische Ratschläge für die alltägliche Arbeit, wie man den Schmerz beim Verbinden vermeiden kann, wie der Arzt unter den ungünstigsten häuslichen Verhältnissen die Asepsis wahrt, wie man Fingerverletzungen und Furunkel behandelt, wann man Tetanusserum einspritzen soll u. a. Eine dritte Gruppe der Aufsätze behandelt Fragen der ärztlichen Ethik, wie z. B. der wundervolle Aufsatz über die zuversichtliche Krankenbehandlung, in dem er ausführt, wie der Arzt auch in den ernstesten Lagen nichts von seinen Sorgen merken lassen darf.

Die *Krecke'schen* Aufsätze gehören auch zum Besten, was im Interesse der ärztlichen Fortbildung geschrieben worden ist. *Krecke* hatte früh erkannt, daß ein großer Teil der in den Medizinischen Wochenschriften gebotenen Kost dem Leser, der nach schwerer Tagesarbeit noch Neues lernen wollte, nicht mundete, weil sie zu gelehrt war. Deshalb bemühte er sich, kurz, einfach, klar und frisch zu schreiben, ohne daß der wissenschaftliche Wert seiner Ausführungen darunter litt. Ein praktischer Arzt sagte mir einmal: „Wenn ich eine neue Nummer der Münch. med. Wschr. bekomme, so sehe ich zuerst, ob ein Aufsatz von *Krecke* darin steht.“ Ich glaube, daß

sehr viele Leser sich zu den *Krecke'schen* Aufsätzen ebenso eingestellt haben, und daß wenige Aufsätze der Münch. med. Wschr. mit so viel Interesse und Nutzen gelesen worden sind, wie die von *Krecke*.

Aus diesen Erfahrungen sollten wir lernen. Es wird viel darüber geklagt, daß die Veranstaltungen für ärztliche Fortbildung so geringes Interesse bei den praktischen Ärzten finden, aber daran sind vielleicht nicht die Hörer schuld, sondern die Dozenten. Wir müssen, wie es *Krecke* getan hat, uns bemühen, so frisch und anschaulich zu schreiben, daß der von der Praxis müde heimkommende Arzt unsere Aufsätze noch gern liest.

Ich hoffe, daß das Beispiel, welches *Krecke* für die Fortbildung der Ärzte aufgestellt hat, auch nach seinem Tode weiter wirken, und daß es dazu beitragen wird, das Problem der ärztlichen Fortbildung, das gar nicht ernst genug genommen werden kann, in befriedigender Weise zu lösen.

Blieb bei dieser Riesenarbeit noch Zeit zum Lebensgenuß?

Zunächst hatte *Krecke* die stille Freude am guten Buch. Es verging kaum ein Tag, wo er nicht einige Seiten aus dem Faust, dem Tasso oder der Iphigenie las. Daneben hatte er aber auch reges Interesse für literarische Neuerscheinungen.

Die kurzen Ferien — meist nur 3 Oktoberwochen am Gardasee und hin und wieder einige Tage am Chiemsee, in Berchtesgaden oder in Rottach — genoß er sehr. Der Geselligkeit ist er nicht so fern geblieben, wie viele glauben mußten, die ihn vom frühen Morgen bis zum späten Abend schwerste Arbeit leisten sahen. Wenn es ihm einmal gelungen war, sich von der Arbeit loszureißen, dann konnte er mit seinen Freunden

sehr fröhlich zusammen sein und herzlich lachen. Trotz allen Ernstes war er ein Sonnenmensch, der das Leben fröhlich bejahte. Endlich hat er viel Freude daran gehabt, daß er anderen Freude bereitete. Er besaß die bei Überbeschäftigten seltene Gabe, in sinniger Weise zu schenken. In der Klinik blieb kein Namenstag der Angestellten unbeachtet. Wenn jemand 5 oder 10 oder 20 Jahre im Hause tätig war, wurde eine Feier veranstaltet, bei der *Krecke* eine Ansprache hielt. Das Weihnachtsfest und den Silvesterabend feierte er mit den Angestellten zusammen. Es ist kein Wunder, daß jeder in der Klinik das Gefühl hatte, einer Familie anzugehören, deren Haupt der gütige Vater *Krecke* war.

So entbehrten seine spärlichen Mußestunden nicht ganz der Freude. Das große Glück seines Lebens aber erstand ihm erst, als er heiratete. Seine liebenswürdige und kluge Frau wurde ihm eine geliebte und verständnisvolle Lebensgefährtin. Sie war ihm von morgens bis abends eine unermüdliche Helferin und ergänzte in ihrer weichen, fraulichen Art seine harte Arbeit in glücklichster Weise. Die Kranken und ihre Angehörigen, derer sie sich in den Stunden der Sorge in gütiger, mütterlicher Weise annahm, danken ihr das herzlich. Ihren Kindern wurde *Krecke* der treueste Vater. Das früher so stille Haus füllte sich mit jugendlichem Frohsinn und Munterkeit. Wie schön das Familienleben *Kreckes* geworden war, zeigen die folgenden Worte, die einem Briefe seiner Gattin entnommen sind:

„Ich könnte Ihnen viele Stunden und Tage erzählen, und es könnte doch nur ein schwaches Bild von dem werden, was er für uns war mit seiner Güte, Heiterkeit, Anteilnahme auch an den kleinsten Dingen des Lebens, seiner Umsorgung, seiner Freude an Blumen, an Sternen,

Goethe und immer wieder Goethe lesend, seiner Mitteilsamkeit, die mich in all seine Arbeit sehen ließ und seiner Fähigkeit, sich auf alles einzustellen bis zu den Aufsatzthemen und Schulaufgaben der Kinder. Bei uns war jedes Mittagessen ein Fest und jeder Abend ein Feierabend im wahrsten Sinne, wenn er auch nicht lang war."

Nach einem Leben, das fast völlig im Dienste am kranken Menschen aufgegangen war, hätte *Albert Krecke* Anspruch gehabt auf einen Lebensabend, wie ihn sich *Nietzsche* gewünscht hat, „daß der Parzen eine den Faden spinne lieb und lang aus halbgekühltem Sonnenscheine und Müßiggang". Das Schicksal bestimmte es anders. Sein Leben schloß mit einem $4^1/_2$ monatelangen Krankenlager. Wenn in dieser schweren Leidenszeit noch etwas Sonnenschein auf seinen Lebensabend fiel, so war es die unermüdliche treue Pflege seiner geliebten Frau und der häufige Besuch der Kinder. Von seinen Lieben ist ihm der Abschied schwer geworden. Sein Leben selbst sah er als erfüllt an. Tapfer und ruhig hat er dem Sterben entgegengesehen.

Albert Kreckes Tod bedeutet einen unermeßlich schweren Verlust nicht nur für seine Familie, sondern auch für weite Kreise, für zahllose Kranke, Arme, für die bayrischen Ärzte, die medizinische Wissenschaft und besonders auch für die Münch. Med. Wochenschr., als deren Mitarbeiter er nicht zu ersetzen sein wird. In unserer Trauer wollen wir aber nicht vergessen, welch ein reiches Glück es war, daß wir einen solchen Mann, der als Arzt und als Mensch ein leuchtendes Vorbild darstellte, den unsrigen nennen durften. Einer der Besten ist mit ihm dahingegangen, der deutsch war im Sinne Richard Wagners:

Deutsch sein heißt: eine Sache um ihrer selbst willen tun.

Fritz Lange-München.

Albert Krecke †

Nun wirst Du keinem mehr mit Hand und Mund
und gütigem Herzen und bewährtem Haupt
der große Engel der Genesung sein,
der zwischen Tod und Leben legt die Klinge.
Dich selbst hat nun der Dunkle heimgesucht.
— Du aber mit dem weißen Doktormantel
vom Kopf bis zu den Füßen linnenblank,
schreitest mit heiterm Gruß an ihm vorbei
(der ehrfurchtsvoll zurücktritt), und noch lang
sieht man, mit deinem raschen, leichten Gang,
der Gottheit dich, durch sanfte Sternenweiten,
wie etwas Leuchtendes entgegenschreiten.

A. de Nora.

Sach- und Personenverzeichnis.



Medizinische Atlanten und Handatlanten:

Bd. I: **Atlas und kurzgefaßtes Lehrbuch der topographischen und angewandten Anatomie** von Prof. Dr. O. Schultze. Dritte Aufl. umgearbeitet von Prof. Lubosch, Würzburg Geb. M. 18.—

Bd. II—IV: **Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen** von Prof. Dr. J. Sobotta, Bonn. 3 Teile. Jeder Teil einzeln käuflich. I. Geb. M. 24.30, II. Geb. M. 18.90, III. Geb. M. 25.20

Bd. V: **Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen** von Prof. Dr. R. Grashey, Köln. Geb. M. 23.40

Bd. VI: **Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder** von Prof. Dr. R. Grashey, Köln. 3. Auflage. Geb. M. 27.—

Bd. IX: **Atlas und Lehrbuch der Histologie** von Prof. Dr. J. Sobotta, Bonn. Teil 1: Lehrbuch, Teil 2: Atlas } 4. umgearbeitete Auflage. Beide Bände nur zusammen. Geb. M. 43.20

Bd. XII: **Die Fadenpilzerkrankungen des Menschen** von Dr. R. O. Stein, Wien. 2. ergänzte Auflage. 1930. Geb. M. 10.80

Bd. XIII: **Operationsübungen an der menschlichen Leiche und am Hunde** von Prof. Dr. G. Axhausen, Berlin. 2. Auflage. Geb. M. 15.—

Bd. XV: **Atlas und Grundriß der Hautkrankheiten** von Mulzer-Mracek Jesionek. 5. umgearbeitete Auflage. Geb. M. 19.80

Bd. XVI: **Das Thoraxröntgenbild im frühesten Kindesalter** von Priv.-Doz. Dr. E. Saupe, Dresden. Geb. M. 9.—

Bd. XVII: **Das Thoraxröntgenbild des normalen Säuglings** von Priv.-Doz. Dr. E. Saupe und Dr. K. Ehle. Kart. M. 5.40, geb. M. 7.20

Bd. I: **Atlas und Grundriß der Lehre vom Geburtsakt** von Dr. Oska Schäffer, Heidelberg. 6. erw. Auflage. Geb. M. 5.—

Bd. VIII: **Atlas und Grundriß der traumatischen Frakturen und Luxationen** von Prof. Dr. Helferich. 10. Auflage. Geb. M. 12.60

Bd. X: **Bakteriologie** von Prof. K. B. Lehmann, Würzburg, und R. O. Neumann, Hamburg. 7. umgearbeitete Auflage. 2 Bände. Geb. M. 39.60

Bd. XIII: **Atlas und Grundriß der Verbandlehre** von Dr. Alb. Hoffa. 7. verm. Auflage bearbeitet von Prof. Dr. Grashey. Geb. M. 9.—

Bd. XIV: **Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten und Atlas der Laryngoskopie** von Dr. L. Grünwald, München. 3. verm. Aufl. Geb. M. 12.60

Bd. XXIV: **Lehrbuch und Atlas der Ohrenheilkunde** von Prof. Dr. G. Brühl, Berlin. 4. umgearbeite Auflage. Geb. M. 7.—

Bd. XXXIV: **Atlas und Grundriß der allgemeinen Chirurgie** von Prof. Dr. G. Marwedel. 2. vermehrte Auflage. Geb. M. 6.—

Bd. XXXVI und XXXVII: **Spezielle Chirurgie** von Prof. Dr. G. Sultan, Berlin. 2. umgearbeitete Auflage. 2 Bände. Geb. je M. 8.—

Große Ärzte

Von Prof. Dr. H. E. Sigerist. Mit 68 Bildern. 2. Aufl. erscheint Ostern 1933. Preis etwa M. 10.—

„Sigerist hat seine Aufgabe glänzend gelöst. Das billige Buch ist ungemein inhaltsreich, hervorragend gut geschrieben, stets fesselnd, spannend, in ausgezeichnetem Deutsch, in klarer geschmeidiger Sprache, temperamentvoll und gefühlswarm. Der Gedanke, die Medizingeschichte in Form von kurzen Biographien zu bringen, ist vortrefflich." *Geh.-Rat Kerschensteiner.*

J. F. LEHMANNS VERLAG / MÜNCHEN 2 SW